NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales de la chirurgie française et étrangère.
Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales de chimie et de physique.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Archives de médecine comparée; par M. Rayer.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Clinique de Marseille.
Expérience.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de pharmacie.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Revue magnétique.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JANVIER 1846. — 7me SÉRIE. — T. 1er.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,
FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1846.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 1—78.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 79—120.

IV. Pathol. 1—5. *Revue* 22—24, 40.
Thérapeut. 6, 7. *Revue* 37.
V. Accouchem. 8. *Revue* 26, 27, 30.
Mal. des fem. 9. *Rev.* 25, 28, 29, 36.
Mal. des enf. 10.
VI. Chirurgie. 11—13. *Rev.* 31—35.
Ophthalm. 14, 15.
VII. Mal. mentales. 16, 17.
IX. Mal. syphilitiques. 18.
X. Médecine légale. 19.
XII. Généralités. 20, 21.
Sociétés savantes, pag. 180—208.
Bulletin bibliographique. 258—268.
Mélanges. 37—40.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JANVIER 1846.)

DE LA MORTALITÉ DES OUVRIERS MINEURS ;

Par G. HANOT, docteur en médecine et en chirurgie.

(Suite : *voir le n° de décembre* 1845, p. 205.)

CHAPITRE XVII. — *Altération compliquée.*

Pour apprécier cette cause de double viciation de l'air des mines, il suffira de se rappeler les hommes, les chevaux, les lampes, etc., toutes causes qui ne font que déplacer l'élément indispensable à la vie de l'homme (l'oxygène) pour le combiner à d'autres corps qui, devenus gazeux, se mêlent à l'air de ces lieux pour produire sur l'économie des ouvriers qui les habitent des influences qui sont loin d'être salutaires, et que nous allons bientôt considérer de plus près.

CHAPITRE XVIII.

La nature physique de ces différents gaz que nous venons de constater dans l'atmosphère des mines, dont les uns sont plus pesants, les autres plus légers que l'air atmosphérique, nous indique assez que pour éconduire ces divers produits gazeux par les différents détours des travaux d'exploitation, on devra toujours, terme général, suivre une marche qui se rapprochera le plus de la ligne horizontale, que jamais elle ne devrait dépasser en s'inclinant en bas ; que, dans les fosses à grisou, il convient qu'elle soit plutôt ascendante, à cause de la légèreté du gaz détonant, qui a une tendance à s'accumuler vers les voûtes, et par suite donne lieu à des accidents graves. Cependant, au point de vue d'application à la santé des ouvriers, et pour s'énoncer en termes généraux, on doit s'attacher à la ligne horizontale pour la conduite de

l'air dans les travaux des mines; car s'il est des gaz plus légers que l'air et qui tendent constamment à monter, il en est d'autres plus pesants, et non moins nuisibles, qui peuvent s'amasser dans les fonds si l'aérage était trop ascendant. On doit surtout éviter les zigzags perpendiculaires, qui ont toujours une influence très-fâcheuse sur le courant d'air.

CHAPITRE XIX.

Avant de terminer ce qui a trait aux altérations de l'atmosphère des travaux houillers, comme pouvant avoir une influence fâcheuse sur la santé des ouvriers mineurs, je dois mentionner ici certain milieu, heureusement exceptionnel, dans lequel travaille parfois l'homme des mines, et dont la viciation est ordinairement si grande que des effets désastreux ne tardent pas à imprimer leurs ravages sur les malheureux qui y sont exposés : je veux parler de ces cavités plus ou moins profondes où l'air entre et sort par la même ouverture. C'est ce qui arrive dans les percements de galeries et les enfoncements de tourrets. Quand ces diverses cavités ont acquis une certaine profondeur, ou, pour parler plus juste, lorsque les lumières des ouvriers ternissent et ne les éclairent plus assez, faute d'air indispensable, on pense alors au moyen de faire arriver ce fluide, soit en partageant ces cavités en deux compartiments par une cloison temporaire, pour avoir une voie d'arrivée et de sortie à l'air qui doit alimenter les travailleurs, soit à l'aide de *canards*, qui sont des tuyaux de 1 à 2 pieds de diamètre, et souvent moins, faits quelquefois en planches, et le plus souvent en toile goudronnée, que maintient ouverts un assemblage en bois. Ce tuyau vient recevoir l'air nécessaire aux ouvriers, et qu'attire la chaleur développée par ces derniers, sur lesquels il vient déverser *à front*.

Comme je l'ai déjà dit, l'air dans ces lieux est on ne peut plus vicié, principalement par le gaz acide carbonique et le produit de la déflagration de la poudre, dont on fait un fréquent usage dans ces genres de travaux, qui en sont presque constamment obscurcis, et que ne vient pas emporter un courant d'air assez actif.

Il est à désirer qu'il soit fait plus d'attention et qu'on s'applique avec zèle aux moyens propres à activer le courant de ces impasses si souvent meurtrières.

CHAPITRE XX.

Maintenant que nous avons étudié toutes les causes de viciation de l'air, nous nous apercevons qu'inhérentes aux exploitations houillères, elles sont pour la plupart inévitables. Cependant nous avons pu entrevoir qu'on peut souvent en tempérer la violence, en même temps que nous nous sommes assuré qu'il est presque toujours possible d'en atténuer les effets en éconduisant promptement hors de ces lieux souterrains les différents produits délétères, par une ventilation active qui amène constamment à sa suite, comme d'une source intarissable, un courant d'air pur et frais.

C'est à ces modifications nécessaires que viendront indiquer d'elles-mêmes les connaissances raisonnées et approfondies de ces différentes sources de viciation de l'air des mines, ainsi que des obstacles apportés à sa circulation dans les travaux, que doit s'appliquer l'ingénieur consciencieux ; et je regarde cette question comme tellement importante, que je ne balance pas à la mettre au premier rang dans les causes de la mortalité des ouvriers mineurs, ainsi que nous allons le voir dans les applications.

Des hommes de génie se sont livrés, dans ces derniers temps, dans une intention bien louable sans doute, avec ardeur à la recherche des moyens d'aérer les travaux des mines ; mais en voyant que ces efforts n'ont eu pour but que de préserver les exploitations des effets du feu grisou, n'ont été dirigés que dans la vue seule de parer à des accidents dont les suites comptent pour bien peu dans le tableau statistique de la mortalité des ouvriers mineurs ; en présence d'un mal épouvantable par son étendue, et dont les conséquences sont si funestes, le médecin praticien n'a-t-il pas eu à gémir en voyant, dis-je, que pour ces fosses où un bien plus grand nombre d'ouvriers sont entassés, mais où on n'a pas à redouter les effets immédiats de catastrophes qui compromettent de trop chers intérêts, on ait fait si peu pour leur aérage. Le croirait-on : dans ces siéges d'exploitation où on ne craint pas le feu grisou, on néglige parfois l'aérage au point que ce n'est que quand les lumières menacent de s'éteindre dans ces atmosphères viciées, qu'on pense au manque d'air.

Je le dis avec amertume et une profonde connaissance de cause : si, pour ces fosses, on n'est pas remué par le bruit de ces catastrophes subites et frappantes, par suite de la viciation de l'air, comme dans les fosses à grisou, il n'en est malheureusement que trop vrai que ce fluide trop peu renouvelé entraîne chaque jour des milliers d'ouvriers

de notre pays à une mort prématurée, que vient devancer une vieillesse chargée d'infirmités, à un âge où, dans les autres localités, l'homme jouit seulement de toute sa force. En effet, n'est-il pas désolant d'entendre dans le Borinage crier cette voie de Jérémie : Où est l'homme de quarante-cinq ans dont la santé soit restée intacte ! Car si les effets de l'air vicié sur la santé de l'homme ne sont pas subits, ne sont pas appréciables pour l'ouvrier qui en est la victime, c'est qu'il manque de terme de comparaison pour juger de son état de dépérissement, son économie tout entière étant sous la même influence. Mais s'il était possible que la moitié du corps travaillât dans une atmosphère viciée, tandis que l'autre pourrait agir dans un air pur, l'une ne tarderait pas à renier son acolyte, qu'elle verrait défaillante et sur la pente d'une mort qui, pour venir à pas lents et dans l'ombre, n'en arrive que plus sûrement.

CHAPITRE XXI. — *Application des causes physiques.*

Si, pénétrant dans le siége des travaux souterrains de l'ouvrier mineur, nous avons étudié avec minutie le milieu dans lequel il vit, c'est pour pouvoir apprécier les diverses influences qu'il peut avoir sur l'organisme de l'homme, c'est pour montrer les causes de mortalité qui menaçent ceux qui habitent la profondeur de ces lieux.

Passant en revue ces différentes causes délétères dans l'ordre où nous les avons trouvées, nous nous attacherons à rechercher les effets qu'elles produisent sur l'économie de l'homme qui y est exposé.

MM. Bertolet et Laroche ont reconnu que, dans un cabinet fortement chauffé, et saturé d'humidité, le corps acquiert une plus forte chaleur; que les transpirations cutanée et pulmonaire ne pouvant avoir lieu, ou ne se faisant que d'une manière imparfaite, la cachexie peut en provenir.

Nous voyons déjà que l'air chaud et humide que nous avons trouvé dans les mines agit comme cause débilitante sur l'organisation de l'ouvrier charbonnier. Cette condition de l'atmosphère est des plus nuisibles à l'économie animale : les fonctions languissent, ce qui s'explique par la raréfaction de l'air, dont l'oxygène est leur grand excitant ; les tissus deviennent mous ; les liquides du corps de l'homme tendent à faire voie au-dehors, à cause de l'accumulation du calorique et de la diminution de la pression atmosphérique : bientôt la transpiration, ne pouvant plus être emportée par l'air qui est déjà chargé d'humidité, ruisselle en sueur sur la surface du corps de celui qui doit travailler sous cette influence. C'est ce que l'on remarque lorsque les

travaux d'exploitation ayant beaucoup d'étendue, la colonne d'air qui les parcourt a tout le temps d'acquérir cette disposition particulière, ou, ce qui revient au même, lorsque l'aérage est très-peu actif. J'ai souvent vu, dans ces fosses mal aérées, les ouvriers travailler sans chemise, la sueur ruisselant sur tout leur corps.

N'oublions pas non plus que l'air de cette atmosphère étant plus rare, la respiration doit être plus fréquente et moins complète; toutes causes qui doivent influer d'une manière vicieuse et débilitante sur l'économie de l'ouvrier houilleur.

Cependant j'ai pu me convaincre que certaines organisations paraissent ressentir une influence heureuse de cet état hygro-thermométrique de l'atmosphère des mines : en effet, je rencontre bien peu de phthisiques parmi les ouvriers charbonniers. J'ai même vu de ces derniers, qui, forcés de suspendre leur travail, pour des affections accidentelles, pendant un temps assez long, devenaient phthisiques et ne tardaient pas à succomber. J'ai tout lieu de croire que cette maladie ne se serait pas montrée si ces individus n'eussent pas été soustraits à l'air chaud et humide des mines. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que, dans les fabriques où on travaille la laine et où on est obligé d'entretenir une température assez élevée, la même influence heureuse a été observée. C'est au point que, dans ces localités, les parents croient leurs enfants à l'abri de cette maladie meurtrière lorsqu'ils travaillent dans ces ateliers.

CHAPITRE XXII.

La poussière de charbon et des lampes, que nous avons vue charger l'air des mines, en se déposant sur la peau des ouvriers, la recouvre d'une couche plus ou moins sale qui en gêne les fonctions exhalantes et absorbantes.

Les ouvriers charbonniers, en général, ne se nettoient la peau du corps et des membres qu'une fois la semaine; encore ne le font-ils pas tous, et souvent même ce n'est qu'imparfaitement : il serait à désirer qu'ils le fissent plus souvent. Les bourgmestres des communes où il passe des ruisseaux feraient sagement, dans l'intérêt de l'hygiène publique, de favoriser l'usage des bains chez les ouvriers charbonniers, en appropriant certains réservoirs à cette destination. Il serait même facile de disposer, à chaque houillère, des places où le charbonnier, arrivé au jour, pourrait se nettoyer le corps avec de l'eau, et même de l'eau chaude qu'on a toujours à sa disposition dans les houillères. — La

compagnie d'Anzin avait déjà en 1826 de ces espèces de salles de bains.

Je connais des hameaux où non-seulement il ne passe pas de ruisseau, mais même qui manquent de puits. Je crois qu'on ne pourrait mieux utiliser certaines aumônes, qu'à creuser de ces puits publics, indispensables aux premiers besoins de la propreté.

Ce n'est pas à la surface du corps que cette poussière porte ses effets les plus nuisibles. Introduite, par la respiration, dans la cavité des poumons, elle vient en salir les nombreux tuyaux aérifères en se déposant sur leurs surfaces humides.

Celle qui provient du charbon ne tarde pas à être expulsée par la toux et les crachats; tandis que celle que donnent les lampes acquiert pour ainsi dire droit de domicile. Aussi les ouvriers du jour, qui travaillent constamment dans cette poussière de charbon, sans être exposés à celle des lampes, ne sont pas sujets à cette affection des charbonniers, connue sous le nom de *mélanose;* tandis qu'on la rencontre constamment, mais à des degrés différents, chez les ouvriers du fond, qui travaillent au milieu de ces produits poudreux de la lumière des lampes.

Comme je l'ai déjà dit, la poussière de charbon est trop grossière pour pouvoir séjourner dans ces tubes d'où les chassent l'air et les crachats; tandis que la suie des lampes, fine et soyeuse, s'interpose entre les mailles du tissu de la membrane qui tapisse les conduits aériens, pour produire cette affection connue sous le nom de *mélanose.*

Ce dépôt de substances étrangères diminue nécessairement la perméabilité de ces membranes au fluide vivifiant qui doit agir sur le sang.

CHAPITRE XXIII.

L'influence qu'exerce la chaleur des travaux des mines sur l'économie du houilleur, que je n'ai pas cru devoir séparer de l'état hygrométrique de l'atmosphère de ces lieux, me dispense d'en parler ici, afin d'éviter des répétitions.

CHAPITRE XXIV.

On ne connaît pas précisément l'influence que le fluide électrique exerce sur l'économie animale : cependant, s'il paraît favoriser les fonctions végétatives chez les plantes, il semble avoir un tout autre effet chez l'homme. Cet affaissement qu'on ressent à l'approche des orages, et qui va même jusqu'à la syncope chez certains sujets doués d'un système nerveux particulier; ces accroissements de douleurs qu'on

éprouve dans des affections rhumatismales et dans le siége d'anciennes blessures ; cette influence marquée dans les maladies graves, lorsque l'atmosphère vient à se charger d'électricité, nous indiquent assez qu'un air où domine ce fluide, et surtout un air humide qui a une faculté conductrice assez grande, comme l'est celui des mines, ne doit pas influer d'une manière heureuse sur l'ouvrier qui se trouve soumis à ses effets.

CHAPITRE XXV.

Mille pensées viennent assaillir mon esprit lorsque je veux parler de l'influence de la lumière du soleil. Qui vient donner la vie au frai du poisson abandonné avec cette insouciance confiante de la mère? Qui fait sortir de sa prison le papillon qui va prendre sa course fugitive et saccadée ? Qui féconde nos graines engourdies ? Qui tapisse nos campagnes ? Qui ramène le plaisir avec les désirs au printemps ? Qui fait paraître belle la femelle à son compagnon qui la dévore de ses regards amoureux ? L'influence du soleil. A ses premiers rayons du printemps, l'homme se dégourdit, se meut, s'épanouit, et avec lui toute la nature se réveille. Mais, détournant nos yeux de ce tableau riant, qui fait pâlir cette plante qui paraît triste ? qui produit ces différences d'aspect des citadins et de ces hommes que leurs occupations retiennent dans des appartements fermés, d'avec ces campagnards rustiques qui respirent une santé robuste dans leurs traits brunis ? L'absence du soleil.

C'est aussi cette influence funeste qui sévit d'une manière bien dure sur nos ouvriers mineurs, qui travaillent si loin de cet astre bienfaisant.

Douloureusement persuadé qu'aucun moyen ne peut venir parer à cet inconvénient dans ce genre de travaux, je me hâte de passer outre : si je suis entré dans les détails qui précèdent, c'est que je ne dois rien oublier des causes qui nuisent à la santé de l'ouvrier mineur.

CHAPITRE XXVI. — *Application des causes chimiques.*

La vie de l'homme est dans son sang.
Moïse.

Nous avons vu que l'oxygène, en proportion convenable avec l'azote, était le premier aliment de l'homme, la condition première, indispensable, incessante, à l'entretien et à l'intégrité de ses fonctions.

Le flux et le reflux des ondes sanguines est le grand système d'irrigation des différents produits de ce puissant modificateur.

C'est sur le sang que les premiers effets de son influence se font sentir.

Ce n'est que secondairement que les autres composants de la structure humaine, dont il est le bon père nourricier, s'associent à ses jouissances, comme à ses douleurs, dans l'ordre tout naturel de leur importance, ainsi que nous allons le voir bientôt se dérouler devant nous, dans le tableau vivant de ces influences sur l'économie de l'ouvrier mineur. Alors, nous nous étonnerons de la justesse de ces paroles du législateur des Israélites : *La vie de l'homme est dans son sang.*

Malheureusement l'étude de ce liquide n'est encore que dans son enfance. Des hommes d'un grand mérite se livrent en ce moment avec ardeur à des recherches laborieuses sur ce fluide du corps de l'homme, qui avait été trop négligé jusqu'aujourd'hui, et que, d'ailleurs, les connaissances chimiques indispensables à ces recherches ne permettaient pas de pousser bien loin.

Dans la nouvelle ère qui s'ouvre en ce moment, cet élément important de l'économie animale, placé dans le creuset du chimiste, permet d'espérer des découvertes précieuses.

Cette étude, suivie avec persévérance, et les progrès incessants que promet la chimie organique, me donnent le pressentiment que des connaissances plus précises, et j'oserais dire mathématiques, viendront donner la clef de bien des maladies aujourd'hui classées, par le langage barbare et souvent ridicule des écoles, dans un ordre monstrueux.

Je n'ose pas espérer de voir ces grands changements qui demandent encore tant de travaux difficiles et savants; mais je suis persuadé que bien des connaissances, si péniblement acquises aujourd'hui en pathologie physiologique, seront, pour nos neveux, des romans ridicules et historiques à consulter pour apprécier jusqu'où peut aller l'imagination de l'homme, lorsqu'il n'est pas dirigé dans ses recherches idéales par les règles réelles de la science positive, j'ose dire mathématique.

Hâtons-nous de dire qu'heureusement la médecine pratique a de tout temps marché entourée, à défaut de règles mathématiques, de nombreux faits cliniques qui sont pour le médecin praticien comme autant de jalons dont ne peuvent l'écarter les diverses théories plus ou moins brillantes qui se succèdent dans notre science avec la légèreté de la neige qu'emporte une forte bise.

Revenant à notre sujet, qui doit traiter des effets de la diminution de l'oxygène dans la respiration sur l'économie de l'ouvrier mineur,

nous avons vu que ce fluide rendait le sang rouge. On s'est assuré, à l'aide du microscope, qu'il agissait en formant un grand nombre de petits corps globuleux lenticulaires auxquels adhère, d'une manière intime, une matière colorante rouge qu'on appelle hématosine.

C'est ce qui nous explique cette coloration brillante qui indique cette santé robuste qu'on observe chez les gens de la campagne, qui respirent constamment un air pur. En effet, on a constaté que le sang, chez ces sujets bien portants et vivant à l'air libre, contenait un grand nombre de ces petits corps lenticulaires dont une proportion relative dans ce liquide animal est indispensable à la santé ; tandis qu'on a reconnu qu'ils diminuaient considérablement chez les sujets qui se trouvaient dans les conditions opposées. Il n'est personne qui n'ait été frappé de la différence entre la coloration de ces gens qui, par état ou par position, passent une grande partie de leur vie dans des appartements plus ou moins fermés et dont l'atmosphère est loin d'offrir la pureté de l'air de la campagne, et celle de ces autres hommes dont la seule voûte du ciel protége presque constamment les travaux.

Des globules sanguins sont donc indispensables à la santé de l'homme ; ils forment une des parties primitives, constituantes du liquide vivant qui doit aller nourrir les différents organes du corps de l'homme.

Aussi voyons-nous nos ouvriers mineurs, obligés de travailler, comme nous le savons, dans une atmosphère dont la quantité d'oxygène a parfois diminué d'une manière relative si effrayante, nous offrir cette coloration grisâtre qui est l'indice de la diminution de la matière colorante rouge du sang, et dont ils présentent tous plus ou moins le cachet inévitable.

Placé dans des conditions favorables pour observer deux sortes d'ouvriers mineurs travaillant dans deux genres de houillères bien distinctes, celles des charbonnages de *Dur* où la ventilation est active, et celle du *Flénu* où elle est lente et souvent négligée, j'ai pu me convaincre qu'il existe chez eux une différence physique extérieure facilement appréciable au premier coup d'œil ; au point que je pourrais désigner du doigt, dans une réunion d'ouvriers, ceux qui travaillent dans l'une ou l'autre espèce de fosses. En effet, tandis que dans les unes (les fosses de Dur), la nature des gaz qu'on y rencontre (H_4C) est beaucoup moins nuisible, comme nous le verrons tout à l'heure, que les travaux ont en outre beaucoup moins d'étendue, et que la ventilation, étant très-active, doit fournir un air assez riche en oxygène ; dans

l'autre, au contraire (le Flénu), où les travaux, comme nous le savons, ont parfois une extension si grande; où les ouvriers sont si nombreux, et où abondent par conséquent des gaz bien autrement nuisibles (CO et H_2S), où l'aérage est si peu soigné, ainsi que nous l'avons constaté, l'atmosphère doit avoir un air bien dépouillé de son oxygène.

La diminution de ces petits corps roulant dans le sang de l'homme sera la conséquence des effets de l'altération proportionnelle que nous avons étudiée dans l'air des mines.

Cet effet morbide pourra bien encore s'accorder, jusqu'à un certain point, avec la santé; mais, passé certaines limites, l'ouvrier mineur ne tarde pas à présenter les symptômes d'une maladie connue sous le nom *d'anémie*, dont nous parlerons bientôt.

CHAPITRE XXVII.

Nous avons vu les effets nuisibles que produit sur le sang chez l'homme la diminution de l'oxygène dans l'air respiré. C'est aussi dans ce liquide que se manifestent, par suite de la respiration, les premiers ravages que cause l'*altération interstitielle et compliquée* que nous avons constatée dans l'air des mines; car, comme nous l'avons déjà dit, ce n'est que consécutivement que les autres composants du corps de l'homme s'associent à ses douleurs. Quoi qu'on ait dit de l'influence directe de certains gaz sur le système nerveux et autres, je suis persuadé que ces symptômes, même si subits, qui dénotent une atteinte grave portée à un appareil important, ne sont autre chose, comme je le répète, que la manifestation des souffrances d'un organe de l'économie, dans l'ordre tout naturel de son importance, sous l'influence de l'altération de ce liquide vivant dont le cours accéléré et constant porte partout ses ondes sanguines, ainsi que nous le rappelions tout à l'heure.

Nous avons vu que l'air entre dans le corps de l'homme par toutes les surfaces accessibles, qu'il se mélange instantanément avec le sang qui en est très-avide : c'est donc sur ce liquide en mouvement, sur cette chair coulante, comme l'appelait Bordeu, qu'il porte ses premières influences.

C'est également sur lui que se font sentir les premiers effets délétères des différents gaz impropres à la respiration, dont il s'empare à la manière du fluide atmosphérique, et dont nous allons étudier, dans ce chapitre, les applications à l'économie des ouvriers mineurs.

Réunissant nos souvenirs, nous avons vu que l'étude de l'*altération interstitielle et compliquée* de l'air des mines nous avait démontré que des émanations gazeuses de nature différente, provenant des hommes, des chevaux, des lampes d'éclairage, du terrain mis à nu, consistaient en gaz acide carbonique, azote, ammoniacal, hydrogène sulfuré et carboné, en émanations animales, en acide gras volatil, en odeur empyreumatique bitumineuse, toutes substances qui sont loin d'être propres à la respiration.

Dans l'ignorance où l'on était des divers changements physiques qu'imprime au sang, chez l'homme, la respiration de ces différents gaz étrangers à cette fonction, on avait établi une division scholastique basée sur les effets apparents qu'ils produisent sur l'économie de l'homme. Ainsi, on avait distingué ces derniers en gaz impropres à la respiration et en gaz délétères, suivant l'importance des symptômes pathologiques plus ou moins subits et violents qu'ils déterminent dans l'économie, chez les sujets qui se trouvent sous leurs influences.

Tout en admettant que cette classification clinique éprouvera des modifications importantes lorsque la chimie nous aura fait connaître les phénomènes qui se passent dans le sang chez l'homme qui respire ces divers gaz étrangers à l'hématose, nous devons convenir que cette division doit être conservée, comme devant se rapprocher beaucoup de la classification que viendra donner le résultat des expériences sur les phénomènes physiques de la vie. En effet, si, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent (l'oxygène pouvant seul former les globules sanguins qu'on appelle ordinairement hématosine), la diminution de ce gaz dans l'air respiré est en raison directe du même phénomène dans le nombre de ces corps lenticulaires, comme les gaz que nous avons vus sont en contact avec le sang dans les poumons et ne peuvent servir à produire l'hématose, les uns agissent sur ce liquide vivant sans altérer autrement ses composés qu'en ne formant pas de globules : ce sont les gaz *impropres à la respiration* ; les autres (gaz délétères) agiront en détruisant ces corps lenticulaires qui sont une des parties essentielles du sang et indispensables à la vie de celui-ci, par conséquent à l'existence de l'homme, et probablement aussi en attaquant d'autres composants de ce liquide, tels que la fibrine, l'albumine, etc., comme le font pressentir ces symptômes morbides qu'on a observés dans ces anémies meurtrières d'Anzin et du n° 4 des Vanneaux, à Wasmes, produites par la présence, dans l'atmosphère de ces mines, de quelques-uns de ces gaz délétères ; symptômes qui consistaient, entre autres,

en des déjections alvines noirâtres qui ressemblaient au sang poisseux des typhoïdes. Ces désordres nous indiquent assez que le sang, chez ces individus qui avaient été empoisonnés par des gaz malsains, avait subi une décomposition telle qu'il transsudait en nature à la surface muqueuse intestinale. Mais n'anticipons pas : nous allons arriver à ces différentes maladies.

Ainsi donc, c'est en attaquant directement le sang, en l'altérant dans ses composés intimes, qu'agissent ces gaz nommés délétères : et à la tête de ceux-ci nous placerons le gaz hydrogène sulfuré. L'acide carbonique, les gaz ammoniacaux, le deutoxyde de carbone, pourraient suivre dans cet ordre : le gaz hydrogène carboné et l'azote sont peut-être, de tous, les moins nuisibles.

Je m'arrête, car le flambeau de la chimie n'ayant pas encore permis de lever ce coin du voile des phénomènes physiques de la vie, nous devons nous en tenir à ces généralités conjecturales, mais probables.

CHAPITRE XXVIII. — *Maladies.*

Une conséquence première, inévitable, et commune à toutes les influences morbides que nous avons vues dominer l'économie de l'homme vivant dans l'air des mines, doit être un trouble fonctionnel apporté dans le grand système de la vie végétative, ainsi que nous le faisait pressentir la belle théorie de MM. Dumas et Liebig, que nous avons mise en avant, en commençant, lorsque nous avons parlé de la corrélation intime qui doit exister entre les fonctions assimilatrices et respiratoires.

Aussi la *cachexie*, commune à tous les ouvriers mineurs, n'est-elle, à mon avis, que l'état normal, j'ose dire nécessaire, comme je tâcherai de le démontrer ailleurs, à l'homme qui vit sous le climat des mines.

Cachexie du mineur.

Si l'influence isolée, sur l'économie du houilleur, de quelques-unes des causes morbides que nous venons d'étudier dans l'air des mines, influence agissant d'une manière plus particulière et avec plus d'intensité, produit des maladies spéciales, telles que la mélanose et l'anémie, toutes concourent, d'une manière générale, à faire une guerre à outrance à la santé de cet ouvrier que le sort a condamné à ce genre de travail ; harcèlent constamment sa constitution, et l'amènent à cet état de dépérissement et d'affaissement constitutionnel connu sous le nom de *cachexie*.

Cette affection, qu'on peut définir une langueur plus ou moins prononcée des forces physiques, à laquelle vient se joindre un état non moins fâcheux des fonctions morales, sans pouvoir être appelée maladie, n'est cependant pas non plus la santé. Elle se présente chez le mineur avec des symptômes variables en intensité et en nuance, tels que coloration grisâtre, œil éteint et manquant d'expression, crispation particulière des traits de la face, teinte pâle, légèrement jaunâtre, de la muqueuse de l'œil; appétit peu prononcé, digestion difficile, et souvent même impossible, de substances alimentaires un peu fortes, telles que des viandes noires, du lard, etc., quoiqu'on ait avancé le contraire par une inconcevable erreur. On remarque en effet que le charbonnier fait peu usage de cette viande de porc qui est souvent la base de la nourriture de l'homme des champs. Cette particularité différentielle entre l'ouvrier qui travaille à l'air libre et celui qui vit dans l'atmosphère des mines, trouve une explication facile et lucide dans la théorie de M. Dumas, que nous avons vue, sur la respiration. Aussi, d'une manière générale, le charbonnier fait, par préférence, usage de viande légère, telle que celle de veau, et j'ai pu m'assurer qu'il ne peut pas manger d'autre pain que celui de froment sans se trouver sujet aux inconvénients d'une mauvaise digestion. Le charbonnier n'est pas grand mangeur ; il a même la mauvaise habitude d'exciter son appétit au moyen d'aulx, dont il fait un usage immodéré. On remarque en outre, chez lui, la flaccidité des chairs, une maigreur habituelle, rarement la bouffissure, symptôme qui s'observe fréquemment dans les cachexies qui reconnaissent une tout autre cause que le climat des mines, une lenteur remarquable dans les mouvements, au point que les articulations chez les charbonniers paraissent raides. Examinez en effet ces jeunes mineurs à l'âge où les jeux folâtres plaisent tant : déjà vieux dans leurs mouvements qui paraissent leur répugner, ils cheminent comme des vieillards ; et quand parfois, essayant de forcer cet état de raideur, ils veulent essayer de courir, de sauter ou d'agacer des camarades, comme cela semble si naturel, vous êtes douloureusement affecté de voir que ce n'est que comme à regret que leurs membres se livrent à des mouvements qui semblent les contrarier. Tels sont les principaux signes extérieurs, à des degrés d'intensité variables, réunis en totalité ou seulement en partie chez le même sujet, qui constituent la cachexie du mineur et qui révèlent évidemment un trouble dans la nutrition, sous l'influence d'un commencement d'altération dans les liquides de l'économie de l'homme des mines :

cet état n'est pas encore une maladie ; mais il n'est plus la santé.

Le même affaissement que nous venons de remarquer dans les forces physiques se fait également sentir dans les fonctions morales. Une légère teinte de tristesse se lit dans les traits crispés du mineur, ce qui lui donne un aspect de souffrance intérieure. Il est sujet aux différentes nuances de l'hypochondrie et à tous les symptômes fugaces et variés de cette maladie, qui, je crois, comme le font pressentir les causes connues de celle-ci, a son siége dans le système nerveux de la vie végétative, lequel, à mon avis, manifeste sa souffrance dans cette affection, ainsi que je l'ai déjà dit. Il accuse souvent des gastralgies et ce cortége de symptômes nerveux de la cavité ventrale, qui se rattachent tous plus ou moins à cette maladie nerveuse qu'on appelle si sottement *imaginaire*.

Le charbonnier, en général, a peu d'énergie ; la femme ici en a plus que lui : elle est chargée, dans ce pays, des travaux les plus rudes, non-seulement dans son ménage où elle apporte sur son dos le charbon nécessaire au chauffage, qu'elle va chercher souvent à trois quarts de lieue, mais même parfois dans les travaux du fond, où il est reconnu que les ouvriers ne peuvent guère exécuter certain labeur que font les filles (charger à la taille), qui, comme ils le disent vulgairement, ont les *reins plus durs*. Il ne peut, hors de la mine, soutenir un travail un peu fatigant. Beaucoup en paroles, peu en actions ; le verbiage et la forfanterie, chez lui, remplacent souvent celles-là. Semblable à la femme pour la causerie, il assouvit souvent sa vengeance et son ressentiment dans des paroles, des menaces, des vociférations brutales, espèces de hurlements qui pourraient effrayer celui qui, ne le connaissant pas, s'imaginerait voir l'action suivre de près de telles menaces. Je me rappelle avoir souvent frémi, les premières fois que j'assistais à leurs querelles ; mais je n'ai pas tardé à leur appliquer ce dicton de La Fontaine :

Qu'en sort-il souvent ?
Du vent.

Le mineur a en général une intelligence vulgaire, et parfois très-bornée, quoi qu'on ait dit de la spiritualité de ses réparties. Dominés pour la plupart par des préjugés qu'ils tiennent de leurs compagnons (qui, comme eux, se sont bien gardés de les soumettre au creuset de la raison), ils ne les abandonnent que difficilement : j'attribue ces derniers défauts au manque d'éducation.

Loin de moi cependant l'intention de m'unir aux détracteurs in-

justes de cette classe digne de plus d'intérêt sous plusieurs rapports. Si je suis entré dans des considérations de moralité qui font peu d'honneur aux ouvriers charbonniers, c'est pour faire apprécier l'influence du physique sur le moral, c'est pour en montrer la source dans l'affaissement des forces physiques, c'est pour dire aux exploitants qu'ils sont la cause indirecte de ce mal ; c'est enfin pour indiquer le remède à cet abâtardissement moral dans les soins à prendre pour faire disparaître les causes de viciation de l'air des mines, qui produisent la cachexie, affection qui entraîne à sa suite les maux que nous avons vus.

En effet, examinez l'enfant du mineur avant qu'il pénètre dans la demeure sombre qui lui est destinée : il a la figure ouverte, il est jovial, caressant, démontre beaucoup d'intelligence, enfin, promet beaucoup pour l'avenir, si le séjour des mines ne venait arrêter ces belles dispositions, en le dégradant chaque jour à vue d'œil, en écharpant par lambeaux, pour ainsi dire, ces belles qualités qui ornaient cette créature tendre. Je m'arrête : ces souvenirs me font mal.

Mélanose charbonneuse.

Comme l'indique son nom, la mélanose est une maladie dont une matière noire fait le principal caractère. En effet, une substance qu'on a trouvée déposée dans les différents tissus du corps de l'homme, disposée en plaques, en stries, en nappes, etc., tantôt d'un beau noir miroitant, tantôt plus terne, et même quelquefois gris-jaunâtre, forme la base et même la nature de cette maladie.

Sans m'arrêter à la configuration ni au dessin géométrique que se sont complu à décrire la plupart des auteurs qui en ont parlé, et auxquels j'attache peu d'importance ; sans discuter s'il existe des mélanoses de nature différente dans les divers organes du corps de l'homme, je me bornerai à parler de cette affection, particulière aux charbonniers, qui a son siége dans les voies respiratoires, et que j'appellerai *mélanose charbonneuse*, à cause de la nature physique de celle-ci.

Laënnec, qui lui a donné son nom ; avant lui, Pearson, en Angleterre, Scarpa, en Italie, avaient déjà soupçonné, dans la mélanose particulière aux vieillards, une accumulation dans les voies aériennes d'une substance noire déposée en ces lieux par l'air introduit dans l'acte respiratoire, et qui devait se trouver chargé de cette matière à l'état pulvérulent.

Il règne à ce sujet une grande divergence d'opinions. Ainsi, en

France, où les travaux de M. Bréchet servent de règle à une grande partie des praticiens de ce pays, on croit généralement que cette substance est un dépôt du carbone du sang, ou le sang même en nature ou constituant un tissu de formation nouvelle dans l'organe pulmonaire.

En Angleterre, au contraire, beaucoup de médecins, dans ces derniers temps surtout, ont émis l'opinion que la mélanose commune aux vieillards et aux mineurs consistait dans une accumulation de substances charbonneuses pulvérulentes émanant de la combustion de lampes ou de fine poussière de charbon.

Je m'explique cette variété d'opinions par la nature diverse des maladies qu'ont eu à observer ces différents médecins. En effet, tandis que les uns, peu favorisés par le hasard des circonstances, ont eu à traiter des mélanoses vraies, produites par un dépôt de cette matière colorante provenant du sang, les autres, placés dans des conditions favorables pour étudier beaucoup d'ouvriers mineurs, par l'abondance des houillères dans ce pays, ont trouvé que cette matière noire qui colore les poumons des charbonniers était une substance analogue au produit de la distillation de la houille. Telles sont les propres expressions de Christison, qui, le premier, a soumis à l'analyse chimique cette matière noire que lui avait fournie le docteur Grégory, à qui on est redevable du premier cas de cette nature relaté dans la science. Après lui sont venus les docteurs Marschall, qui a décrit cette affection sous le nom de *spurious mélanosis*, Gibson, Grahaam, Thomson, Thomas Stratton, etc., qui tous ont rapporté des faits analogues, et dont les opinions, quant à la nature mélanique, sont les mêmes. Béhier, en France, dans un cas qu'il a livré à la science, a parlé dans le même sens; enfin, M. Rilliet trouva, en 1838, un cas semblable chez un ouvrier en cuivre : la substance mélanique, analysée avec soin par le savant chimiste Lecanu, donna en dernier résultat un produit pulvérulent noirâtre, ressemblant au charbon, et qui, réduit par la combustion, laissa de la cendre.

Ces faits ne doivent plus laisser aucun doute sur la nature de cette substance noire, déposée dans l'organe pulmonaire des mineurs, provenant de la fumée des lampes et peut-être de la poussière fine de charbon. Je dis peut-être, car j'ai déjà expliqué ma pensée, et je n'ai pas encore vu cette maladie chez les ouvriers du jour, qui travaillent constamment dans une atmosphère de cette poussière de charbon qu'ils remuent.

Si ces analyses chimiques, faites par des hommes savants et conscien-

cieux, n'étaient venues prouver la nature physique de cette affection, la réflexion et l'observation clinique nous la feraient soupçonner. Nous avons vu que l'atmosphère des mines était chargée de particules charbonneuses, fines et soyeuses ; ces atomes pulvérulents, introduits par la respiration dans les mille détours sinueux et humides des voies aériennes, doivent se déposer en partie sur ces parois gluantes, entre les mailles desquelles ils s'interposent et se fixent d'autant mieux qu'ils sont comme soyeux et d'une finesse extrême. C'est ce qui arrive : ils filtrent, à cause de leur grande ténuité, entre les mailles de ces membranes minces, et acquièrent ainsi une espèce de droit de domicile. Aussi voyons-nous le charbonnier expectorer fréquemment des crachats teints en un beau noir par cette poussière fine. Cette matière, délayée par les mucosités bronchiques, est souvent rejetée en partie avec celles-ci par l'expectoration que provoquent des bronchites fréquentes chez le mineur : ces crachats, suivant qu'ils sont plus ou moins chargés de cette substance, sont complètement noirs et brillants, ou ternes, grisâtres, à stries noirâtres. Cette évacuation se fait remarquer non-seulement quand il travaille, mais même bien du temps après qu'il a abandonné sa profession de houilleur. Je connais en ce moment un vieux mineur qui depuis quinze ans ne travaille plus dans les fosses, et qui, dernièrement, à la suite d'une bronchite accompagnée d'une grande expectoration, rendit pendant longtemps une quantité considérable de ces crachats, tantôt teints en un beau noir miroitant, tantôt plus ternes et moins chargés de cette substance mélanique, et j'ai pu m'assurer, par le procédé facile de M. Lecanu, que ces crachats devaient leur couleur à une poussière noire semblable à du charbon. Il m'arrive assez souvent de rencontrer des charbonniers qui, bien qu'ils aient cessé de travailler depuis quelque temps, rendent des quantités de ces crachats noirs à la suite d'une bronchite qui, chez eux, revêt souvent la forme de bronchorrhée. Cette expectoration, fréquemment précédée de gêne de la respiration qui disparaît après cette évacuation, n'a pas souvent d'autres suites.

D'un autre côté, à l'autopsie chez les vieillards, on trouve fréquemment les ganglions bronchiques, qui sont comme autant d'aspérités placées à l'orifice de la pompe aérienne de l'homme, noircis par cette matière mélanique qui n'est autre chose qu'un léger dépôt, produit de la fumée des lampes, qui s'est arrêté sur les inégalités de ces petits corps glandulaires ; car il n'est personne qui, dans sa vie, ne se soit trouvé dans l'occasion de respirer dans une atmosphère plus

ou moins chargée de la fumée des lampes d'éclairage ou autres. D'ailleurs, chacun peut s'assurer qu'en laissant brûler, toute la nuit, dans sa chambre à coucher, une lampe alimentée par une huile impure, le lendemain il verra ses crachats teints en noir.

On trouve en outre, chez les mineurs, que ce sont presque toujours les lobes supérieurs des poumons qui sont affectés de *mélanose*. Mais aussi ne sont-ce pas les premières voies qui doivent plus particulièrement retenir, dans la respiration, ces substances pulvérulentes dont est chargé l'air des mines, à la manière de la cheminée d'un foyer, dont la partie la plus basse est ordinairement la plus sale.

Si ces faits ne nous laissent plus aucun doute aujourd'hui sur la nature physique de cette affection, il n'en est pas de même de l'influence pathologique qu'exerce ce dépôt de substances étrangères dans un point aussi délicat de l'économie.

Parmi les auteurs que j'ai cités tout à l'heure, les uns prétendent, tels que Marschall, etc., que, s'accumulant de préférence autour des tubercules pulmonaires, il hâte la fonte de ceux-ci et produit la phthisie; d'autres, tels que Grégory, Grahaam, sous le nom de *phthisie noire*, ont avancé qu'agissant comme corps irritant, il occasionnait la suppuration du tissu pulmonaire et donnait lieu à des cavernes; plusieurs, au contraire, tels que Gibson et Behier, en France, ont démontré que le tissu pulmonaire imprégné de cette substance noire était parfaitement sain; qu'on pouvait facilement apercevoir les lames du tissu de cet organe, entre les mailles duquel était logée cette substance mélanique, au point que lorsqu'on coupe par tranches une portion de poumon mélanosé dont les lames sont rougies par l'inflammation, il présente l'aspect d'un beau granit, et ils pensaient que, lorsque la phthisie survenait chez ces mineurs, c'était sous d'autres influences étrangères à cette affection ; qu'il ne nuisait, enfin, qu'en diminuant la perméabilité de ces tissus à l'oxygène de l'air.

On peut facilement s'assurer, en lisant ces auteurs, que ces opinions diverses ont leur source dans les lésions d'anatomie pathologique de nature différente qu'ont présentées à ces observateurs les poumons des sujets qu'ils ont eu à étudier. Grégory a trouvé une caverne tapissée par cette substance noire; Marschall a reconnu, au centre de cette matière, des tubercules jaunâtres; Behier a pu voir le tissu du poumon parfaitement sain au milieu de ces masses mélaniques. J'avoue que, pour mon compte, je penche vers l'opinion du médecin français, et je la base, à part les faits rapportés par lui et

Gibson, à défaut de pièces anatomiques, sur des faits cliniques qui en valent bien d'autres. En effet, tous ou presque tous les charbonniers sont atteints de cette affection ; cependant, comme nous l'avons vu, la phthisie est très-rare chez eux dans notre pays. D'un autre côté, on connaît l'innocuité des substances charbonneuses déposées dans les tissus du corps de l'homme. Il est bien peu de mineurs qui ne portent, dans d'anciennes cicatrices, des particules de charbon qui y ont laissé des corps vulnérants, comme on peut le voir à la couleur noire de ces tissus, sans cependant que ces charbons manifestent jamais leur présence par des signes d'irritation; ils paraissent, au contraire, tout à fait innocents dans les tissus.

Quoi qu'il en soit, était-ce sans raison, je le répète, que j'appuyais sur la cause de viciation de l'air des mines par la fumée des lampes, qui produit, comme nous le voyons, cette affection qui, si elle n'occasionne pas directement des maladies de poitrine, comme le veulent bien des auteurs, restreint singulièrement les effets bienfaisants et indispensables à la vie de la fonction respiratoire ?

Anémie des charbonniers.

M. Andral a singulièrement éclairé la question de cette maladie dans son consciencieux et important travail sur la différence d'expiration d'acide carbonique aux diverses époques de la vie de la femme, comparée avec celle de l'homme. Comme je l'ai déjà dit, il a trouvé que la femme, avant la menstruation, expirait presque autant d'acide carbonique que l'homme de son âge ; que cette expiration diminuait considérablement de quantité après l'établissement de cette fonction, puis se rapprochait encore de celle de l'homme de son âge, à l'époque de la ménopause.

Il paraît clair, d'après ces données, que la menstruation est une fonction qui épure le sang chez la femme, puisque le carbone qui sortait de l'économie par les poumons et la peau, et dont la quantité a dû augmenter avec l'alimentation, dont la gradation est naturelle avec l'âge, semble avoir choisi une autre voie d'élimination inusitée jusqu'à ce moment.

J'arrive à l'application de cette digression. Une maladie, presque en tout semblable à celle que nous allons étudier chez l'ouvrier mineur, apparaît assez souvent chez la jeune fille, lorsque la menstruation, mal établie, présente des irrégularités dans l'écoulement du liquide d'épuration sanguine. La jeune fille mal réglée ne tarde pas à devenir

anémique. Cette affection s'accompagne alors d'un cortége de symptômes nerveux qui, comme nous l'avons également vu dans la cachexie, dont elle n'est qu'une nuance, revêtent chez ce sexe différent des symptômes spéciaux à l'ensemble desquels on a donné le nom de *chlorose*.

La non-élimination du carbone du sang chez la jeune fille paraît donc amener l'anémie.

C'est également à la même source que remontent les causes productrices de cette affection chez l'ouvrier mineur. C'est dans ces longues galeries mal aérées, c'est principalement dans ces percements de Bouveau et dans les enfoncement de Tourets, que j'ai déjà signalés pour leur atmosphère viciée, que nous voyons survenir l'anémie chez le houilleur.

Dans ces lieux, comme nous l'avons constaté, l'oxygène a considérablement diminué, et nous savons que ce n'est qu'associé à cet élément comburant de l'air que le carbone se dégage du corps de l'homme à l'état d'acide carbonique.

C'est donc aussi la non-élimination de carbone chez l'ouvrier mineur, occasionnée par la diminution d'oxygène dans ces lieux bas, qui produit chez lui l'anémie.

Le sang, chez les jeunes filles chlorotiques et les ouvriers anémiques, est d'un noir oléagineux particulier et porte l'empreinte de la quantité de carbone dont il est chargé; il manque d'hématosine, et nous savons que cet élément coloré du sang est produit par l'oxygène : l'hématosine constitue une partie principale, indispensable, de ce liquide. Aussi la décoloration des tissus, que nous observons chez ces ouvriers anémiques, nous indique-t-elle la petite quantité de globules sanguins, dont nous savons que la matière colorante rouge est inséparable.

Voilà, avec quelques autres symptômes trop connus pour que je les rappelle ici, une nuance, un premier degré de cette maladie que la plupart des auteurs ont appelée du nom impropre d'anémie.

Sans contester qu'il puisse exister de véritables anémies, par diminution pure et simple de la quantité du sang; sans révoquer en doute que ce liquide diminue de quantité dans cette affection particulière aux charbonniers, phénomène que je regarde d'ailleurs comme secondaire, je me bornerai à considérer cette maladie au point de vue de ses causes productrices, qui sont d'ailleurs les plus importantes et les seules qui doivent m'occuper dans ce travail.

Pour rendre ma pensée et exprimer cette maladie en termes qui

indiquent sa source, je l'appellerai volontiers *pseudo-hématose*, pour la distinguer de cette affection plus grave qu'on s'est toujours contenté de considérer jusqu'ici comme un degré plus élevé de cette maladie, mais que je regarde comme bien différent, quant à la nature des causes productrices et au genre particulier des lésions pathologiques qu'elle entraîne après elle, et que pour ces motifs je nommerai *mishématose*, pour en faire connaître toute la portée. Tandis que, dans la première affection, nous avons vu que le manque de gaz indispensable à l'hématose dans l'air respiré trompait, pour m'exprimer ainsi, la fonction respiratoire en ne produisant plus de globules dans le liquide en circulation, qu'enfin les causes de cette maladie étaient pour ainsi dire passives; dans celle-ci, au contraire, elles sont actives : des gaz délétères, agissant en ennemi envers le sang soumis à leurs influences, sont de véritables substances toxiques qui tuent plus ou moins promptement ce liquide vivant de l'économie de l'homme en détruisant ses différents composés, tels que les globules, la fibrine, l'albumine, etc. Il y aurait enfin entre ces deux affections toute la différence d'une mort par inanition à une mort violente, si ces deux genres de causes particulières se présentaient toujours aussi simples qu'on peut le supposer par la pensée, dans leurs applications à l'économie de l'homme. Mais, comme nous l'avons vu, il est loin d'en être toujours ainsi; car, dans ces milieux où le gaz oxygène fait défaut à l'air respirable, on le retrouve dans l'atmosphère, presque constamment à l'état de combinaison gazeuse, qui cette fois, changé de nature, acquiert des qualités plus ou moins impropres et même nuisibles à la respiration.

La coïncidence fréquente de la production de ces causes de natures diverses explique pourquoi on a confondu jusqu'ici ces deux maladies différentes, d'autant plus que la présence d'une trop petite quantité de gaz peu délétère donne lieu au premier degré de la *mishématose*, dont les symptômes physiques extérieurs sont en tout semblables à ceux de la *pseudo-hématose*.

Comme conséquence inévitable, on conçoit dès lors que les désordres occasionnés par les différents gaz délétères dans le sang seront en raison directe de la quantité et de la nature toxique de ceux-ci.

Malheureusement, comme je l'ai déjà énoncé, la chimie ne nous a pas encore fait connaître les effets physiques des ravages qu'exercent dans ce liquide les différents gaz délétères; mais lorsque nous lisons ces symptômes effrayants que nous rapportent les auteurs qui ont parlé de ces affections meurtrières qui ont sévi avec tant de rigueur

dans les houillères d'Anzin et des Vanneaux, à Wasmes, on ne peut méconnaître une atteinte profonde portée aux différents liquides de l'économie, et en particulier au sang, dont l'altération paraît évidente par les symptômes qu'on observe. En effet, si la *pseudo-hématose* vient avec lenteur et présente d'abord peu de gravité, la *mishématose* suit une marche plus prompte et s'accompagne d'un cortége de symptômes plus effrayants; car à une pâleur jaune de cire caractéristique se joint un affaissement des forces musculaires qui va jusqu'à la prostration; puis apparaissent des sueurs excessives, une sécrétion abondante des urines; les battements du cœur sont tumultueux; le pouls est petit, fréquent; l'œil est morne; il y a souvent, dans ce degré avancé de cette maladie, si même ils ne l'ont déjà précédé, des vomissements et des déjections alvines de nature brune-verdâtre; le sang, chez ces individus, est devenu extrêmement liquide et diffluent; à l'autopsie, on ne trouve même plus dans les vaisseaux et le cœur qu'une espèce de sérosité; sur la fin de la maladie, l'haleine est fétide; des syncopes fréquentes surviennent dans ce degré avancé de cette affection, dans lesquelles le moribond expire, ou, s'il survit à ces ravages, ce n'est qu'après des infiltrations interminables qu'il parvient à se rétablir. Tous ces signes caractéristiques nous indiquent à l'évidence une décomposition du sang.

Cette maladie meurtrière, dont nous avons emprunté la description à l'anémie d'Anzin et des Vanneaux, semble avoir été occasionnée dans ces mines par la présence du gaz hydrogène sulfuré qui provenait de la décomposition de pyrites sulfureuses mises à nu par l'exploitation, et que favorisait une certaine quantité d'eau. Il paraît même que cette eau chargée du produit de cette réaction chimique faisait lever des ampoules sur les parties qu'elle touchait; circonstance qu'on peut attribuer à la présence de l'acide sulfurique provenant de la réaction de l'eau sur ce fer sulfuré remué par les travaux d'extraction.

Sans s'abuser sur le compte de ces causes délétères, il ne faudrait pas croire que la présence seule de ces pyrites dans le terrain remué par l'exploitation fût la cause inévitable de cette maladie; car, dans la même mine, dans l'une de ces fosses, et par conséquent dans le même terrain, mais après l'établissement d'un aérage plus complet, les ouvriers ne ressentaient plus les effets de cette affection. Il faut bien le dire : la cause réelle de ces désastres dans une de ces Sociétés était un puits de retour très-étroit, qui consistait dans une espèce de cheminée triangulaire qu'on s'était ménagée dans un des angles du puits d'extraction au moyen d'une cloison en planches, et qui servait de puits aux échelles, puits

qui, trop rétréci pour permettre la sortie d'un volume d'air indispensable à un renouvellement suffisant de ce fluide dans le fond de la mine, favorisait l'accumulation d'une certaine quantité de ces gaz délétères, qu'aurait neutralisés, en les emportant à chaque instant, une ventilation active.

On voit donc que la prescription hygiénique à ces maladies provenant de l'altération de l'air dans les mines, c'est toujours un bon aérage.

Après le tableau sombre que nous avons vu des accidents qu'entraîne après elle cette cause de mortalité des ouvriers mineurs, je crois inutile d'y revenir pour en démontrer l'importance, et je termine cette troisième partie en disant : Donnez de l'air aux ouvriers mineurs, et vous aurez détruit une des grandes causes de leur mortalité.

QUATRIÈME PARTIE. — *Des travaux du mineur.*

CHAPITRE PREMIER.

Le long temps que nous avons passé dans l'atmosphère des mines, à la recherche de ses influences sur la mortalité des houilleurs, doit faire juger de l'importance immense que nous lui accordons dans le cadre nosologique de cette classe ouvrière.

Nous allons maintenant, en suivant un ordre qui nous paraît assez naturel, le trouver au travail, pour nous assurer si nous n'aurons rien à remarquer sur sa vie laborieuse.

On peut facilement, après avoir assisté aux différents genres de travaux auxquels doit se livrer l'ouvrier mineur, se convaincre qu'en général ils ne réclament pas la dépense de forces physiques qu'exigent les travaux journaliers de la campagne : d'ailleurs, comme je l'ai démontré, ils seraient incompatibles avec sa constitution physique, moins forte que celle de l'homme des champs.

Le genre de travail qui m'a paru le plus rude et le plus dur, c'est le traînage du charbon dans les différentes galeries : il se fait ordinairement par des jeunes gens forts et robustes, et le plus souvent étrangers au pays charbonnier, car les ouvriers de la localité s'en gardent bien en général. Du reste, ce service fatigant, qui a lieu, pour la plupart des houillères, dans la voie d'arrivage de l'air frais, où celui-ci n'a pas encore pu se vicier, s'accorde bien avec la dépense de forces que ce travail exige. Le charbon est transporté au moyen de chariots dont la grandeur varie ; les roues marchent ordinairement sur des rails en fer.

Le peu de réflexions que j'ai à faire sur ce genre de travail peuvent se résumer en quelques conseils qui, grâce à la manière d'exploiter qui fait chaque jour de nouveaux progrès, deviendront bientôt inutiles. Je veux parler des soins qu'on doit apporter à la pose des rails, de l'exactitude à débarrasser celles-ci du charbon ou des pierres qui souvent les encombrent, ainsi qu'à les entretenir en place en bon état. On favorisera ainsi la marche des chariots, et on exemptera ces ouvriers de faire parfois de trop violents efforts pour surmonter les difficultés que laisse trop souvent accumuler la négligence dans les travaux d'exploitation mal conduits. On avisera enfin à ce que la capacité de ces chariots n'excède pas les forces de l'ouvrier traîneur, et on s'attachera à ce qu'ils réunissent les conditions les plus favorables à rendre leur marche facile. On tiendra surtout les voies de traînage à une belle hauteur et dans un bon état d'entretien, sans les laisser s'affaisser au point où je les ai trouvées dans certaines exploitations , où ces malheureux ouvriers traîneurs devaient tirer dans une position penchée des plus fatigantes les chariots auxquels ils sont attelés.

Sans entrer dans d'autres détails inutiles sur les différents genres de travaux de l'ouvrier mineur, qui ne m'ont offert rien à noter sur leur nature , il m'a semblé que la position forcée et pénible dans laquelle il doit travailler, nuisait plus à sa santé, en gênant certaines fonctions de l'économie, que la fatigue réelle du travail ; mais , comme l'habitude, ainsi que je le démontrerai bientôt, vient atténuer ces effets morbides, et que ce mal est d'ailleurs inhérent à cette profession, je ne crois pas devoir pousser plus loin une analyse superflue.

En somme, j'ai pu me convaincre que ce n'était pas dans le travail en lui-même que l'ouvrier mineur trouvait des causes de maladie , mais dans la nature des lieux où l'appelait celui-ci, comme je l'ai déjà démontré. Les ouvriers dont la santé s'altère le plus sont ceux qui travaillent dans des milieux plus viciés, comme dans les enfoncements des Tourets , où ils se fatiguent dans un air trop peu renouvelé, et où ils sont presque constamment enveloppés d'une atmosphère de fumée de poudre, dont ils se servent pour faire éclater la pierre, ou enfin dans des percements de galerie, qui offrent à peu près les mêmes inconvénients.

Une influence que je dois mentionner ici comme à sa place la plus naturelle, c'est celle-ci : Les ouvriers boivent, dans les travaux du fond, de l'eau vinaigrée qu'on leur descend dans un tonneau , ou qu'ils apportent avec eux dans des espèces de gourdes ; ils font même parfois

usage de l'eau qui tombe du niveau. La première, sans être mauvaise, ne doit cependant pas être très-avantageuse à la santé du mineur, d'autant plus qu'elle entraîne après elle des inconvénients : ils doivent tous boire au même broc, ce qui fait que, dans ces derniers temps, ils ont pris l'habitude d'en porter avec eux dans un vase en ferblanc qu'ils suspendent à leur cou. Quant à la seconde, elle doit souvent être de qualité très-nuisible ; car, avant d'arriver au fond, cette eau a dû couler le long des parois du puits, d'où elle a entraîné avec elle des substances condensées qui sont loin d'être salutaires, comme nous pouvons maintenant aisément le deviner. Je voudrais qu'ils prissent une espèce de boisson qui, sans être plus coûteuse que l'eau vinaigrée, serait bienfaisante à la santé du mineur surtout.

On connaît l'efficacité des préparations martiales dans l'anémie et la cachexie : or, comme les mineurs sont tous plus ou moins affectés de cet état maladif, je proposerais volontiers de leur donner pour boisson de l'eau ferrugineuse. Il ne s'agirait que de mettre un dépôt de rouille au fond d'un tonneau, et de le remuer avant de le descendre en y ajoutant un peu d'acide sulfurique afin de dissoudre une plus grande proportion de particules ferrugineuses dans cette eau, qui serait très-salutaire aux ouvriers.

Une autre circonstance sur laquelle je m'arrête, et qui n'est pas sans influence sur la santé du mineur, c'est celle-ci : Cet ouvrier porte habituellement avec lui, dans le fond, une ou deux tranches de pain beurré, dont il mange assez souvent une partie dans le cours de la journée, et dont le reste lui sert ordinairement, une fois monté au jour, à boire un verre de bière avant de regagner sa demeure, qui se trouve fréquemment éloignée du siége de son travail. Cependant je me suis assuré que la plupart des ouvriers faits ne mangeaient pas ou que très-peu dans le fond ; ils attendent, pour le faire, qu'ils soient sortis des travaux. J'avoue que cette pratique me paraît bonne ; je la conseille même d'une manière générale, excepté aux enfants, qui ne pourraient guère attendre ce laps de temps sans rien prendre. L'homme des champs s'étonnerait, ne pourrait concevoir cette privation de la part d'un ouvrier qui travaille ; mais dans l'atmosphère du fond, et principalement dans les tailles, ce n'est pas une privation. En effet, nous avons vu que les conditions atmosphériques étaient loin d'exciter les fonctions de l'appétit dans ces souterrains ; d'un autre côté, ce pain qu'ils portent avec eux, et qu'ils placent dans une niche accidentelle (*lézarde*), souvent remplié d'acide carbonique, a tout le

temps de s'imprégner, pendant la journée, de tous les gaz que nous avons étudiés dans ces lieux.

Nous savons en outre que l'oxygène contribue puissamment à la digestion, en se mélangeant au bol alimentaire et à la salive dans l'acte de la mastication ; mais si cette fonction, au lieu de se passer à l'air libre, s'exécute dans un air vicié par différents gaz délétères, on conçoit de suite tous les inconvénients qui vont en résulter pour l'économie de celui qui suit cette pratique vicieuse.

Nous connaissons aussi l'influence que peut avoir sur la digestion une position vicieuse qui la contrarie.

Tous ces motifs me font penser que l'ouvrier charbonnier devrait s'habituer à manger le matin avant de quitter sa demeure, pour ne plus le faire qu'à son retour ; que si cependant, après sa journée, il devait faire un trop long trajet pour regagner son habitation, il devra porter son pain, qu'il laissera au jour, pour le manger à l'air libre au sortir des travaux de la mine. Ces petites pratiques hygiéniques, qui paraissent futiles, sont loin cependant d'être à dédaigner.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS.

RAPPORT SUR LE SERVICE DU DEUXIÈME SEMESTRE DE 1845 ;

Par le docteur GOUZÉE, médecin principal, etc.

Toute l'année a été remarquablement froide. Il n'y a eu que huit jours de chaleurs continues, du 11 au 18 juin ; la température s'est alors maintenue entre 20° et 24° Réaum. Dans les six derniers mois, les moyennes thermométriques, à 9 heures du matin, ont été les suivantes : juillet 16° ; août 13° ; septembre, 10° ; octobre, 8° ; novembre, 6° ; et décembre, 4°. Les vents humides de l'ouest et du sud ont régné presque exclusivement pendant tout le semestre ; ils ont souvent soufflé avec violence, surtout pendant les deux premiers et les deux derniers mois qui ont en outre été attristés par des pluies fortes et une extrême humidité. Cependant, à l'exception des mois de novembre et de décembre, la moyenne du baromètre ne s'est pas abaissée au-dessous de 28.

Cette atmosphère froide et presque constamment chargée d'humidité n'est pas pour nous de date récente ; nous devons y être habitués depuis huit ou neuf ans que nous n'avons presque

plus d'étés. On serait tenté de croire, au premier aperçu, que la planète que nous habitons s'éloigne en effet du soleil, comme le prétend Schmitz, et plus rapidement encore que ne le pense ce savant (1). Or, comme dans notre contrée marécageuse les chaleurs fortes et continues sont particulièrement en possession de nous donner beaucoup de malades, leur nombre est généralement peu élevé depuis longtemps.

Nous avions reçu à l'hôpital, pendant le premier semestre, 1,139 malades, dont 624 du ressort de la médecine interne, communément appelés fiévreux ; nous avions eu 14 décès, dont 8 par suite d'affections tuberculeuses, et un, dans le moi de mai, par un choléra complet, funeste en 20 heures, qui nous a rappelé l'époque néfaste de 1832. Le chiffre des malades a été moins grand encore pendant les six derniers mois. Voici le tableau succinct du mouvement de l'hôpital pendant le deuxième semestre, celui dont j'ai spécialement à m'occuper dans ce travail.

Fiévreux	502
Blessés	176
Vénériens	114
Galeux	127
Ophthalmiques	25
Total	944
Malades restant du semestre précédent	163
Total général,	1,107

Il en restait 94 en traitement au 31 décembre.

Le chiffre des décès du semestre a été de 16. Ils ont été la suite des maladies suivantes :

Fièvre typhoïde	3	
Péritonite et étranglement intestinal	1	
Péritonite chronique	1	
Hypertrophie du cœur	1	
Phthisie pulmonaire tuberculeuse	5	(2)
Méningite	2	
Hydrocéphale aiguë	1	
Contusion de l'abdomen	1	
Maladie indéterminée	1	
Total	16	

FIÈVRES TYPHOÏDES.

La fièvre typhoïde s'est montrée assez fréquemment à l'hôpital pendant toute la durée de l'année. Il en a été de même dans

(1) *De l'état stationnaire de la philosophie naturelle*, ou *indication des recherches à faire dans l'astronomie et la physique ;* par J. W. Schmitz.

(2) Il restait encore six phthisiques à l'hôpital le 1er janvier : chez trois, les tubercules commençaient à se ramollir, et chez les autres il existait déjà des excavations tuberculeuses au sommet de l'un des poumons.

d'autres parties de la Belgique. Il est à regretter que nous manquions entièrement de renseignements à cet égard : il serait aussi curieux qu'utile de faire la statistique géographique ou topographique de cette maladie toutes les fois qu'elle prend une certaine extension ; on parviendrait peut-être un jour à découvrir quelles sont les influences générales et locales, mystérieuses pour nous jusqu'ici, qui président à son développement.

Voici un extrait de mon journal d'observations comprenant toute l'année 1845.

Janvier. Après ne s'être montrée qu'une seule fois en six semaines, la fièvre typhoïde fit subitement invasion dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1844; ces quinze jours nous donnérent 20 cas, dans lesquels la tendance à la stupeur et l'embarras des voies respiratoires furent les symptômes prédominants. En janvier, nous n'en reçûmes que 8 cas, présentant la même forme, mais en général moins graves.

Février. Il s'en présenta 6 cas, analogues à ceux du mois précédent.

Mars. Le délire affecta trois malades sur quatre qui s'offrirent à notre observation pendant ce mois. Après l'emploi des émissions sanguines des premiers jours, suivi de quelques jours d'expectation, ce phénomène purement nerveux céda chaque fois immédiatement, le 12e ou le 15e jour, à l'usage de petites doses d'acétate de morphine (un quart de grain en huit poudres mises à sec dans la bouche du malade de deux heures en deux heures). Après la quatrième ou la cinquième dose, il survenait un calme général ; le malade tombait dans un profond sommeil pendant lequel se manifestait une diaphorèse critique, et à son réveil le délire avait disparu sans retour.

Avril et *mai.* La maladie décroît sous le rapport de sa fréquence et de son intensité : 3 cas dans le premier mois, 2 seulement dans le second.

Juin. Ce mois nous donna 6 cas dans lesquels la tendance à la stupeur se montra de nouveau prédominante, mais sans affection des voies respiratoires aussi prononcée qu'antérieurement.

Juillet. Huit malades : chez l'un d'eux la fièvre typhoïde prit le caractère torpide le plus grave. Le traitement ordinaire, sur lequel je reviendrai, ayant été employé les 9 premiers jours, et une médecine expectante hygiénique les 6 jours suivants, il y avait le 16e jour : profonde stupeur, ventre fortement météorisé, selles liquides, pouls à 115 ; la peau brûlante restait constamment d'une extrême sécheresse. Ce dernier symptôme m'engagea à recourir au traitement suivant, bien qu'il existât une forte

toux et des râles sonores dans toute l'étendue de la poitrine.

Un drap plié dans le sens de sa longueur, ayant la largeur d'un bandage de corps, est appliqué toutes les demi-heures sur l'abdomen, l'extrémité qui recouvre cette partie ayant été préalablement trempée dans l'eau froide, et tordue : des ablutions d'eau froide sont faites tous les quarts d'heure à l'aide d'une éponge, sur les membres ; puis ceux-ci sont séchés et bien couverts. Compresses mouillées d'eau froide sur le front, et continuer le tout jusqu'à l'apparition de la sueur.

Le lendemain, une grande amélioration s'était manifestée dans l'état du malade. Les ablutions et applications froides avaient été continuées toute la nuit jusque peu d'heures avant la visite, pendant 20 heures environ. La peau était fraîche et moite, le pouls à 90, le météorisme moindre ; l'intelligence était revenue ; il ne restait plus que de l'enivrement dans les traits du visage, et, chose digne d'être particulièrement remarquée, la toux et les râles avaient considérablement diminué.

Le drap mouillé fut appliqué seul jusqu'au 20e jour pour dissiper les restes de tympanite ainsi que la tendance fébrile du soir, et vers le 24e jour, la convalescence était confirmée.

Ce mode de traitement, auquel j'ai encore eu plusieurs fois recours depuis avec un égal succès, est une ressource précieuse dans les cas où la fièvre typhoïde, ayant revêtu la forme torpide, ne prend pas une marche décroissante et ne revient pas à la bénignité après les évacuations sanguines faites les premiers jours. Lorsqu'il a été mis en usage, l'état du malade était plein d'incertitude et de danger ; l'amélioration a été trop prononcée et a suivi de trop près son emploi pour ne pas lui accorder tout l'honneur de la guérison.

Août. 9 cas : quatre fois les accidents se sont manifestés avec intensité dans les trois cavités splanchniques.

Septembre. Ce mois ne nous donna que 4 cas de fièvre typhoïde, dont deux très-graves revêtirent la forme nerveuse ou versatile. L'un de ces derniers nous a montré un nouvel exemple de ces fièvres appelées à juste titre *malignes* par les anciens, qui s'élèvent lentement et insidieusement à un haut degré d'intensité. Le malade avait, le 16e jour, un délire continu, les urines involontaires, un météorisme considérable, la peau sèche et brûlante ; le pouls donnait 112 pulsations. J'eus recours aux lotions et applications d'eau froide dont j'ai parlé plus haut ; elles furent continuées jusqu'au 19e jour, en mettant toutefois de temps en temps des intervalles dans leur emploi. A cette époque, les symptômes graves avaient considérablement diminué ; mais la peau, moins

brûlante, restait opiniâtrément séche, et il existait encore un peu de délire rare et fugace. L'acétate de morphine fut alors prescrit de la manière indiquée. Après la sixième dose, un sommeil paisible se manifesta, bientôt suivi d'une sueur copieuse. Cette amélioration se soutint sans interruption les jours suivants. Le 22e jour, le pouls était tombé à 72, et la convalescence ne tarda pas à se manifester.

Octobre, 4 cas ; *novembre*, 5 cas ; *décembre*, 3 cas. Le délire et l'embarras muqueux des ramifications bronchiques ont prédominé chez tous ces malades. Un matelot, entré tout récemment au service, homme sanguin et vigoureux, a présenté dès les premiers jours des rougeurs de mauvais augure au sacrum et sur les saillies trochantériennes. De larges escarres s'en sont suivies. C'est le seul qui ait été atteint de ce grave accident.

Sur ces 81 cas de fièvre typhoïde, qui se sont présentés depuis le 15 décembre 1844 jusqu'au 31 décembre 1845, j'ai eu cinq décès. Il restait trois malades en traitement au 1er janvier, dont deux convalescents et un entré de la veille.

J'ai constamment combattu, comme de coutume, l'élément inflammatoire primordial par une saignée de dix à douze onces le jour de l'entrée du malade, et par des applications de sangsues, ordinairement de dix ou de douze, sur la région iléo-cœcale, faites sans interruption chacun des jours suivants, jusqu'au quatrième, sixième, huitième jour, ou au delà, selon l'état plus ou moins récent de la maladie, la résistance du mal et les forces du malade. Lorsque les symptômes prédominaient dans l'encéphale ou dans les bronches, des sangsues étaient appliquées aux jugulaires, ou des ventouses scarifiées dans les gouttières vertébrales. Puis venaient plusieurs jours d'expectation : boissons délayantes abondantes, air pur, faire asseoir le malade de temps en temps, le faire tenir assis même s'il le fallait. Ce moyen employé à propos m'a toujours paru d'une grande utilité ; il tend à imprimer un changement favorable au mouvement circulatoire, à dissiper les stases sanguines qui s'établissent si facilement à cette époque dans les parties restées longtemps déclives, à rappeler le malade à lui, à réveiller son courage. Enfin, j'ai eu recours, dans quelques cas très-graves, à des médications ou moyens particuliers. J'ai parlé plus haut des plus remarquables.

Ce traitement ne peut arrêter la maladie dans sa marche, mais il en allége les accidents, il facilite sa solution. Il a les résultats les plus heureux lorsqu'il peut être employé, et qu'il est bien dirigé, dès les premiers jours de l'invasion. Les chances de succès diminuent nécessairement lorsque la maladie a été long-

temps négligée; des tâtonnements, des médications intempestives ou d'autres traitements employés précédemment ont surtout de funestes conséquences. Parmi les malades qui ont succombé, je citerai un soldat à qui l'on avait fait prendre force sulfate de quinine par la bouche et en lavements; un autre qui faisait usage du deuto-chlorure de mercure lorsque la maladie s'est déclarée; un canonnier qui est entré le 9e jour de la maladie.

Ce dernier était un homme robuste, d'un tempérament lymphatique sanguin; il était employé depuis huit mois à soigner, à l'infirmerie, les chevaux malades du régiment. A son entrée à l'hôpital, il avait une fièvre intense et un délire qui ne le quitta plus que pour faire place, les derniers jours, à une profonde stupeur; les selles et les urines étaient rendues involontairement. Le pouls, d'abord à 116, s'éleva le 3e jour à 128, le sixième à 140. Des ecchymoses parurent sur les bras, des rougeurs livides aux parties exposées à une pression prolongée. Il succomba le 10e jour. A l'autopsie du cadavre, la muqueuse de la fin de l'intestin grêle se montra parsemée, dans une grande étendue, de saillies rouges, isolées, formées par les glandes de Brunner; leurs intervalles étaient fortement injectés. Quelques plaques de Peyer seulement étaient légèrement soulevées. Il n'existait aucune ulcération. Les glandes mésentériques, généralement tuméfiées, égalaient presque le volume d'une amande.

Etait-ce là une simple dothinentérite, une fièvre typhoïde légitime, si je puis le dire ainsi, ou le malade, longtemps occupé à soigner des chevaux morveux et farcineux, en avait-il subi quelque influence? Il y a dans les cas de ce genre, qui se présentent assez souvent à notre observation, quelque chose d'obscur et d'incertain sur lequel les travaux modernes sont loin encore d'avoir jeté quelque lumière.

FIÈVRES PALUDÉENNES.

Nous avons observé pendant les mois de septembre et d'octobre, au milieu des fièvres typhoïdes le mieux prononcées, des pyrexies d'un caractère obscur dont un long examen pouvait seul nous faire démêler l'espèce. Il y avait, comme dans la dothinentérite, abattement, quelquefois épistaxis, mouvement fébrile continu avec des exacerbations le soir, langue muqueuse, haleine fétide dans quelques cas, gargouillement iléo-cœcal, diarrhée; un malade a présenté en outre un grand nombre de taches grisâtres livides sur le tronc et la partie interne des cuisses. Mais une simple expectation, prolongée pendant plusieurs jours, nous

faisait découvrir que les traits du visage ne s'altéraient pas, que le ventre restait souple sans ballonnement, que la diarrhée cessait spontanément, que l'appétit devenait très-vif, que le pouls offrait en certains moments peu de fréquence et de la mollesse ; enfin les taches rosées lenticulaires faisaient défaut. Nous avons alors fait prendre douze à seize grains de sulfate de quinine, prescrit une alimentation plus forte, du vin, fait lever le malade, et la maladie, qui eût été éternisée si on l'eût prise pour une fièvre typhoïde, était complètement guérie en peu de jours.

Quant aux fièvres intermittentes franches, elles ont été très-rares pendant ce semestre. Elles s'étaient montrées en assez grand nombre durant le premier semestre, dans les mois de mars, avril et mai, et les fièvres rémittentes insidieuses dont je viens de parler n'ont été en grande partie peut-être qu'un de ces retours si fréquents qui se font sentir du printemps à l'automne et réciproquement.

DES TACHES LIVIDES.

Les taches dont j'ai parlé plus haut sont un phénomène remarquable qui se présente assez souvent dans la fièvre typhoïde, plus rarement dans d'autres pyrexies; et cependant elles n'ont guère fixé l'attention des médecins. Je ne me rappelle les avoir trouvées mentionnées d'une manière précise que par M. Piorry, dans un travail sur la fièvre typhoïde qui a paru, il y a deux ou trois ans, dans le journal l'*Expérience*, si je ne me trompe. Il leur a donné le nom de *taches d'encre*. Je les avais déjà remarquées antérieurement, et particulièrement en 1839, car elles sont plus communes à certaines époques qu'en d'autres temps.

Ces taches offrent une coloration grisâtre, légèrement violacée ou livide, semblable à celle qui resterait sur la peau, si, après y avoir laissé tomber une petite goutte d'encre, on l'essuyait sans la laver. Elles sont irrégulièrement arrondies ou ovalaires, communément grandes comme le bout du doigt, plus visibles dans l'ombre qu'à une vive lumière. Elles ne disparaissent pas sous la pression. Elles se montrent particulièrement à la partie inférieure de la poitrine, sur l'abdomen et à la partie supérieure et antérieure des cuisses près du pli de l'aine. Quelquefois il n'y en a que deux ou trois ; d'autres fois elles sont en très-grand nombre sur la région lombaire et jusque sur les avant-bras ; il n'est pas rare alors que plusieurs se confondent entre elles. Leur durée, ordinairement longue, est d'ailleurs très-variable. Je les ai vues quelquefois disparaitre en peu de jours, et dans

tous les cas elles s'évanouissent sans passer, comme le purpura, par la coloration jaune.

Le plus souvent les malades atteints de fièvre typhoïde offrent déjà ces taches à leur entrée à l'hôpital, avant d'avoir subi aucun traitement. Je les ai aussi observées sur des malades affectés de fièvres paludéennes, dans des cas de simple indisposition, et même chez des sujets convalescents. Il est une pyrexie d'une extrême gravité, sur laquelle il n'existe encore que quelques rares travaux cliniques : c'est une fièvre violente qui se manifeste chez des hommes qui ont pansé ou manié habituellement des chevaux réputés sains, et dont l'un des caractères, au milieu des désordres fonctionnels les plus graves, est le développement successif d'un grand nombre de collections purulentes sous-cutanées. Dans un cas de ce genre, qui s'est offert à notre observation il y a quelques années, le malade avait le tronc et les membres couverts de ces taches.

Ce phénomène apparaissant dans des cas très-variables sous le point de vue du danger que court le sujet, n'a aucune valeur comme signe pronostique. Ce n'en est pas moins une suffusion sous-épidermoïque dépendant très-vraisemblablement d'une altération du fluide sanguin, et l'on a lieu d'être surpris que ces taches n'aient pas fixé l'attention des médecins, si minutieux aujourd'hui dans tout ce qui concerne l'exploration des malades.

FAITS DIVERS.

Péritonite; étranglement intestinal. — Le 5 novembre, à 5 heures du matin, fut apporté à l'hôpital un soldat du 10e de ligne, atteint de violentes douleurs dans l'abdomen. Il était âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, d'une constitution moyenne. Ces douleurs ou coliques, ainsi qu'il les appelait, avaient commencé, nous dit-il, sans cause connue, par des frissons, la veille dans la nuit : elles ne l'avaient pas empêché de se rendre le matin à l'exercice ; mais il s'était bientôt trouvé dans la nécessité de rentrer. A son retour, des vomissements s'étaient déclarés ; il n'avait plus eu de selles depuis l'avant-veille. Il n'était sujet à aucune infirmité, et jamais il n'avait été malade, si ce n'est qu'il avait encore éprouvé quelques atteintes de coliques cinq ou six mois auparavant.

L'abdomen était douloureux dans toute son étendue, et particulièrement dans la région ombilicale ; le moindre attouchement sur cette région était insupportable : il n'existait aucune trace de tumeur dans le ventre ni dans les parties limitrophes ; le pouls

était petit et fréquent, la soif vive ; les souffrances provoquaient des plaintes et une continuelle jactitation.

Les signes d'une péritonite intense étant manifestes, un traitement antiphlogistique énergique fut ordonné. Mais, vers 2 heures après midi, neuf heures après son entrée à l'hôpital, le malade fut pris tout à coup d'un copieux vomissement dans lequel les assistants crurent remarquer des matières fécales, et il expira immédiatement après.

Il était évident qu'une mort aussi prompte ne pouvait être dans ces circonstances que le résultat d'un étranglement interne ; c'est donc vers ce point que nous dirigeâmes particulièrement nos recherches à l'autopsie du cadavre. Nous trouvâmes en effet un étranglement ; mais ce dont nous ne pouvions nous douter, car il n'en avait existé aucun indice pendant la vie, c'était celui d'une petite portion de l'iléon, grosse comme une noisette, qui était engagée et serrée dans le canal inguinal droit. Les deux tiers environ de l'anse intestinale étaient pelotonnés et fortement comprimés dans cette ouverture. Il n'existait pas d'accumulation de matières fécales dans les parties voisines de l'intestin hernié. Le péritoine était le siége d'une vive injection. Cette rougeur, fortement prononcée dans la région ombilicale, diminuait vers la région inférieure où elle disparaissait entièrement. La portion intestinale serrée dans le canal inguinal avait une couleur rouge foncée ; cette coloration était parfaitement limitée à l'étranglement. La séreuse péritonéale enflammée ne présentait nulle part de traces d'exsudation.

La portion intestinale étranglée avait un si petit volume qu'elle ne pouvait faire relief à l'extérieur, et le malade, tout entier à ses douleurs abdominales, n'accusait aucune souffrance vers la région de l'aine. En supposant, d'ailleurs que l'étranglement eût été reconnu, une opération aurait offert peu de chances de succès, en présence de la péritonite grave qui s'y était surajoutée. Les violentes douleurs et les désordres profonds dans les principaux actes de la vie, suscités par ces deux altérations réunies, expliquent suffisamment la promptitude de la mort.

Résorption purulente. — J'ai déjà employé avec succès le sulfate de quinine contre les graves accidents de la résorption purulente. J'ai cité un fait de ce genre dans mon rapport du deuxième semestre de 1843 (1). Le fait suivant servira encore à montrer l'efficacité de cette médication qui mérite de fixer l'attention des praticiens.

(1) *Archives de la Médecine belge*, janvier 1844, p. 11.

Un grenadier du 3e de ligne, 21 ans, lymphatique sanguin, constitution moyenne, fut blessé par un éclat de verre à l'index de la main droite le 5 juillet ; il entra le 8 à l'hôpital. L'inflammation très-vive, qui gagna bientôt la main et l'avant-bras, nécessita l'emploi d'un traitement antiphlogistique actif, de bains locaux prolongés, de plusieurs incisions, etc. Cependant les surfaces articulaires du doigt indicateur s'altérèrent, les parties molles prirent un aspect lardacé, et, le 25, du calme et du relâchement ayant été obtenus, l'amputation de l'index dans l'articulation métacarpo-phalangienne fut pratiquée d'après la méthode ovalaire.

Les deux jours qui suivirent celui de l'opération ne présentèrent rien de remarquable ; mais le 28, retour des accidents inflammatoires qui s'élèvent graduellement à une grande intensité ; rougeur et tuméfaction de la main, qui s'étendent bientôt à l'avant-bras, puis au bras, sur lequel les veines se dessinent dures et fortement saillantes ; fièvre vive, mêlée de frissons ; forte agitation la nuit, quelques selles liquides. Des applications réitérées de sangsues, des bains locaux souvent répétés, arrêtèrent les progrès et diminuèrent quelque peu l'intensité de ces accidents formidables.

Le 2 août, la tension du membre, la rougeur, la chaleur, étaient moindres, et la fièvre, toujours très-forte dans l'après-midi et la nuit, offrait de la rémission le matin. Douze grains de sulfate de quinine furent prescrits en solution dans l'eau aiguisée avec quelques gouttes d'acide sulfurique, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Cette potion fut continuée jusqu'au 8.

Le lendemain 3, le mouvement fébrile avait été à peine sensible, le malade était calme ; les jours suivants, un progrès sensible se fit remarquer dans l'état du membre, et le 6, celui-ci était à peu près revenu à ses dimensions normales. Sauf quelques accidents qui survinrent plus tard du côté de la plaie, ce malade fut bientôt complètement rétabli.

Un cas d'ophthalmie purulente. Un soldat du 3e chasseurs à pied, récemment arrivé de Liége, où il avait subi un traitement de deux à trois mois pour des granulations palpébrales, est entré à l'hôpital le 27 octobre, atteint d'ophthalmie purulente de l'œil gauche, portée subitement à un haut degré de gravité, et qui ne tarda pas à envahir l'œil droit. Depuis dix ou douze ans, je n'avais plus rencontré d'ophthalmie purulente qui ne fût liée à l'existence d'un écoulement uréthral aigu ou chronique ; aussi je fis à plusieurs reprises des recherches minutieuses pour m'assurer de l'état du canal de l'urèthre chez ce sujet ; mais je ne

découvris absolument rien. Force fut donc de reconnaître un de ces cas de blennophthalmie comme on en observait si fréquemment autrefois. Ce fut heureusement le seul qui parut. Il est à remarquer qu'à l'époque où ce malade nous arriva, les affections catarrhales étaient très-répandues, les bronchites, les angines, les otites, les coryzas très-communs ; et ce soldat ayant encore les yeux irritables, aura, quelque grande imprudence aidant, subi l'influence de cette constitution morbide.

J'eus recours à la cautérisation des muqueuses palpébrales à l'aide d'nn pinceau chargé d'une forte solution de nitrate d'argent. Les douleurs, la tuméfaction inflammatoire des paupières, la force et la plénitude du pouls, m'engagèrent à ne pas épargner les saignées générales et les évacuations sanguines locales, faites d'abord dans les régions peu rapprochées des organes malades : je fis faire des instillations d'un collyre au nitrate d'argent, des ablutions d'eau belladonée tiède sur le front et les tempes ; j'y joignis l'usage des révulsifs intestinaux, etc. La cornée de l'œil gauche ne s'en trouva pas moins ramollie du deuxième au troisième jour. Une potion contenant 8, puis 12 grains de tartre stibié, fut alors prescrite et fort bien tolérée. Les paupières ne tardèrent pas à se dégorger, et dans les premiers jours de novembre le malade ouvrait sans peine les yeux. L'œil droit fort heureusement resta sauf.

Cependant l'écoulement purulent restait toujours abondant et nous inspirait encore de l'inquiétude. Le 9, un crayon de nitrate d'argent fut passé légèrement sur les muqueuses palpébrales inférieures ; je prescrivis en outre une potion contenant six grains de sulfate de quinine, qui fut continuée jusqu'au 12. Dès le 11, la purulence avait cessé et tout danger avait disparu.

Le sulfate de quinine m'a toujours été très-utile dans cette circonstance, surtout lorsque, comme c'est le plus ordinaire, le malade est à la fois lymphatique et irritable, conditions qui sont loin de s'exclure mutuellement ; et tel était le cas de celui qui était confié à nos soins.

REMARQUES SUR L'ANGINE MEMBRANEUSE ET SUR QUELQUES REMÈDES QU'ON LUI OPPOSE, TELS QUE LES EVACUATIONS SANGUINES, LE CALOMEL, L'ÉMÉTIQUE, LE SULFATE DE CUIVRE, ETC., ET EN PARTICULIER SUR LE SEL DE SATURNE ; par le docteur Goelis, à Vienne.

(Traduit de l'allemand, par le docteur Biver.)

Bien que beaucoup de travaux aient été publiés sur le croup, la question n'est cependant pas encore tout à fait éclaircie. Cette considération, jointe à la fréquence et à la haute gravité de la maladie, nous a fait prendre la résolution de publier cet article, tel qu'il a été donné par Goelis, quoique notre opinion personnelle ne concorde pas en tous points avec celle de l'auteur.

Il est, dit Goelis (car c'est lui qui parle), il est surprenant que, dans l'état actuel de la science, et malgré le degré d'instruction que possèdent les médecins de nos jours, et la facilité que présente le diagnostic du croup, même au début, on voie encore tant d'enfants être enlevés par cette maladie (1).

La cause doit en être attribuée sans doute à l'ignorance de la plupart des parents ou à la connaissance imparfaite qu'ils ont de cette affection; ils se tranquillisent, car ils prennent une toux aiguë, aboyante, pour une toux sèche qui n'offre que peu de gravité : ils n'ont recours au médecin que lorsque déjà le mal a atteint un haut degré de développement et présente un danger manifeste. Un traité de mèdecine populaire est un remède imparfait : en effet, les masses ne lisent pas ; la parole sévère de l'homme de l'art est seule capable d'agir dans les familles confiées à ses soins. Le prétexte du trop de besogne est certainement inexcusable à une époque où les médecins pullulent.

La mortalité occasionnée par le croup est due encore à une autre cause qui réside dans les médecins eux-mêmes. Il en est que les tendres mères font appeler à l'instant même du début de la maladie, et qui, s'ils ne trouvent point de fièvre marquée, ou si les autres symptômes du croup confirmé font défaut, l'enfant eût-il fait entendre le son de l'aboiement, sa respiration eût-elle été sifflante, mais s'il ne tousse pas dans le moment, ne peuvent se résoudre à rester, à attendre, et déclarent que c'est une affection catarrhale. Le petit malade toussant en leur présence, fait entendre le son caractéristique ; mais comme tous les autres signes qui selon eux constituent le croup proprement dit, manquent encore, ils se contentent de déclarer que c'est une simple affection bronchique. Ils

(1) La constitution atmosphérique qui domine depuis un certain nombre d'années favorise l'étude du croup, parce qu'elle ne permet que rarement aux maladies inflammatoires de prendre une allure tumultueuse.

prescrivent quelque remède insignifiant, ou même rien du tout, et ils s'en vont sans inquiétude, après avoir rassuré les parents : il suffit que le médecin ait traité la chose légèrement pour que ceux-ci en fassent au moins autant. La maladie reste pendant un temps plus ou moins long dans cet état peu significatif en apparence ; mais bientôt elle prend un rapide essor, soit par elle-même, soit par suite d'une nouvelle cause favorisée par l'incurie ou la sécurité, et tout à coup franchissant pour ainsi dire les degrés intermédiaires, elle se présente avec tous ses dangers devant le médecin stupéfait et la famille au désespoir. — Prenons la chose du côté le plus favorable. L'enfant est réellement guéri par l'usage d'une émulsion ou de quelques tasses de tisane de guimauve. Peu de temps après, le même enfant, ou un autre de la même famille, est atteint de croup : les parents se contenteront alors de traiter cette affection comme une toux simple, et ils n'appelleront le médecin que lorsque la guérison sera devenue difficile ou impossible. A quoi bon s'étonner quand on lit la description circonstanciée de ces toux dans les ouvrages d'hommes d'une grande autorité, puisque ces auteurs mêmes s'attachent à tracer la ligne de démarcation qui sépare ces maladies du croup? Que penser de la distinction illogique en pseudocroup et en croup vrai? ne doit-elle pas être l'occasion d'une foule d'erreurs pratiques déplorables? Il est vrai que les sons provenant de tubes diversement constitués, chez des individus différents, peuvent et doivent varier ; mais il est vrai aussi que le croup présente un son particulier, spécifique, impossible à décrire, qui ne saurait être rigoureusement comparé à aucun autre, et que l'on ne peut oublier quand on l'a une fois distinctement entendu. Cette toux seule renferme tous les symptômes du croup, comme le gland contient tous les éléments du chêne. Il faut en convenir : toutes les oreilles ne sont pas parfaites. On conçoit que l'on pourra être incertain si le son que l'on a entendu était croupal, et que l'on pourra hésiter à dire : C'est un croup; tandis qu'il suffirait peut-être de quelques heures pour faire disparaître cette maladie qu'on avait déclarée si grave. Il est cependant facile d'éviter de se compromettre : on peut annoncer que cette toux est suspecte; on rend ainsi les parents attentifs et on couvre sa réputation.

On sait que le croup consiste généralement dans une inflammation du larynx et de la trachée. Il est indispensable d'avoir une idée nette de la marche physiologique de cette maladie, si l'on veut établir une thérapeutique riche en résultats. Nous allons faire l'exposé de quelques symptômes d'après les recherches les plus nouvelles de la physiologie.

Toute inflammation repose sur deux points : *a*) la congestion; *b*) la stase.

Dès la première action de la cause morbifique, les vaisseaux capillaires se contractent et le sang y circule avec plus de vitesse. Ce temps est souvent très-court, et bientôt ces vaisseaux se dilatent, et la circulation se ralentit. La dilatation s'étend jusqu'aux branches artérielles continues, et c'est ainsi que l'afflux du sang est augmenté. Ensuite ce liquide commence à osciller dans les capillaires, et enfin il s'arrête : c'est la stase. Vogel (1) admet une troisième phase, l'exsudation, qui apparaît en même temps que la stase. Au commencement, ce n'est que la sérosité du sang, mais plus tard c'est aussi la partie plastique qui transsudent à travers les tuniques des capillaires et s'épanchent dans le parenchyme avoisinant ou dans les cavités. C'est là le terme de l'inflammation. Les caractères principaux de l'inflammation, la rougeur, le gonflement, la chaleur, et la douleur, sont faciles à expliquer.

La cause de la stase sanguine consiste probablement, dit Vogel, dans une attraction augmentée entre le sang et le parenchyme; et cette attraction a lieu :

1° Dans la majorité des cas, par le parenchyme de la partie malade, auquel la stase s'est manifestée immédiatement par la cause occasionnelle, ou médiatement par le système nerveux.

2° Dans d'autres cas, l'attraction plus grande apporte un changement dans les forces vitales du parenchyme, de même que dans la masse du sang.

Pour avoir une idée juste de ces phénomènes, il est nécessaire d'appeler l'attention sur un fait patent de la nature, qui régit tout organisme, savoir : la loi de la polarité. Cette loi est active dans l'embryon et dans le mort; elle gouverne le développement et le dépérissement, la santé et la maladie, l'ensemble de l'organisme et ses atomes; elle est éternelle, elle est invariable.

Si nous appliquons cette loi aux systèmes des vaisseaux sanguins, nous trouvons un rapport de polarité entre les systèmes veineux et artériel, et entre ceux-ci et le système capillaire. Ce dernier est dans un rapport de polarité avec le parenchyme, où s'élabore toute formation organique : le contenu des vaisseaux capillaires. Ni le sang veineux ni le sang artériel ne renferment la partie propre à l'organisation; celle-ci a été attirée par le parenchyme formateur au pôle opposé. Ce travail ou phénomène s'exécute au travers des parois, par le moyen de leur perméabilité; on l'appelle l'*exosmose*. Dans le parenchyme, ces matériaux sont sans vertu, sans utilité;

(1) Handwoerterbuch der Physiologie, herausgegeben von Dr Rudolphe Wagner.

ils sont expulsés et appelés vers le pôle opposé ; ils sont attirés par le sang capillaire où ils s'incorporent par l'*endosmose;* ils sont de nouveau modifiés, ou expulsés comme inutiles, livrés aux organes excréteurs, et portés au-dehors.

Voilà la marche de la nutrition normale et du développement des organes en particulier et de l'organisme en général. En conséquence, si un organe ou un système d'organes éprouve un développement individuel, alors il s'établit un rapport de polarité plus actif entre le parenchyme et le sang capillaire du système d'organes ou de l'organe en question, et par suite surviennent tous les symptômes d'une congestion. L'exosmose transmet une plus grande quantité de matières assimilables au parenchyme qui se trouve plus activé. Or, tant que ce travail est en rapport avec les besoins de l'organisme, il est normal; mais s'il dépasse les limites des besoins, alors il devient morbide, il provoque l'inflammation et toutes ses suites.

Donc, l'augmentation de la relation polaire entre le sang capillaire et le parenchyme, lorsque cette augmentation dépasse le besoin de l'organisme, peut être considérée comme la dernière cause de toute inflammation.

Ces courtes explications font voir que l'exsudation ne se fait pas subitement, et seulement pendant la stase. C'est au contraire l'exosmose qui commence à s'accroître dès l'origine de la congestion, pendant l'élargissement des capillaires, et qui ne laisse traverser que le sérum du sang (dans le croup, il est presque tout vaporisé) et sa partie plastique (le plasma) lorsque la stase a déjà commencé.

Ce qui vient d'être dit sur les inflammations en général est également applicable à celle du larynx et des tubes aériens. L'état particulier qui caractérise cette phlogose dépend de la structure de cet organe et de la position éminemment importante qu'il occupe dans l'économie animale. C'est ainsi que la coagulation si prompte de la matière plastique exsudée tient à la rapidité de l'évaporation du sérum et au contact immédiat avec l'air inspiré ; car nous savons que la partie plastique met bien plus de temps à se coaguler dans les organes fermés. Cela porte par conséquent préjudice à la métamorphose vitale du sang dans les poumons, qui devient alors gênée, annihilée. Le gonflement inflammatoire de la muqueuse et la partie plastique exsudée occasionnent l'angustie du tube aérien et les contractions spasmodiques qui le resserrent périodiquement; il ne pénètre plus qu'un faible courant d'air dans les poumons, et encore perd-il dans son trajet une partie de son oxygène, et souvent même le peu qui en reste ne peut pénétrer dans les

vésicules aériennes pendant les fréquentes difficultés de respirer. Aussi la vie du sang baisse-t-elle rapidement et le mouvement vital diminue-t-il dans la même proportion; car le mouvement c'est la vie. Il se forme des stases dans les poumons et dans le cerveau : on reconnaît celles du premier organe au moyen de la percussion et de l'auscultation; celles du second se manifestent par l'assoupissement et les convulsions.

Jusqu'ici, nous n'avons suivi la marche des phénomènes inflammatoires que jusqu'à l'exsudation de leur partie plastique; nous avons vu qu'elle se coagule très-rapidement dans les tubes aériens et qu'elle subit une métamorphose organique. Nous nous occuperons moins des phénomènes qui viennnent trancher la vie que de ceux qui indiquent un retour vers la santé. Avant toute chose, la stase sanguine doit arriver à la période congestive; car l'exsudation est en proportion de la congestion. Ce sera donc du sérum qui remplacera le *plasma* : ce sérum couvre la surface de l'exsudation. et, n'étant pas coagulable, il lave et dissout ainsi les formations parasites. De cette manière, il détache les fausses membranes, qui alors doivent, d'après une loi générale de la nature, se dissoudre (si elles n'ont pas été expulsées); c'est-à-dire qu'elles sont ramollies et fluidifiées, puis en partie absorbées et en partie expectorées. Ce travail de ramollissement et de fluidification est également produit par la sérosité exsudée en plus grande quantité. Ce nouvel état congestif se distingue de celui de la stase par les caractères suivants : les vaisseaux sont affaiblis, les pores sont élargis ; la contractilité est diminuée ; la congestion est passive, elle passe aisément à l'état chronique.

Ces considérations donnent naissance aux épiphénomènes suivants, qui sont d'une haute importance pratique :

a) L'angine couenneuse ne présente qu'une seule indication : *détruire la stase et écarter la congestion.*

b) Le ramollissement et la résolution d'un produit morbifique ont lieu par un mouvement organique, et non à l'aide de sternutatoires et de vomitifs qui provoquent des secousses mécaniques. Supposons que l'expulsion des fausses membranes soit due à ces moyens, il est évident que tant que la stase existera, elles se reproduiront avec rapidité, dût-on même ne pas admettre qu'une expulsion aussi violente soit par elle-même fort dangereuse. (Il est tant de médecins qui ne sont pas conséquents avec eux-mêmes !)

c) On peut espérer la guérison du croup sans expectoration de masses polypeuses et membraneuses; ces membranes peuvent également faire défaut dans les cadavres des individus morts de cette maladie.

d) La mort est plus souvent occasionnée par l'anéantissement de l'hématose que par la suffocation.

e) Le croup réclame les mêmes remèdes que les autres inflammations plastiques ; par conséquent, il n'existe contre lui aucun spécifique.

f) Les remèdes dirigés contre l'inflammation manifestent leur action soit sur le système musculaire (les vaisseaux et le sang), soit sur le parenchyme, soit sur les deux à la fois; on calcule leur valeur selon leur mode d'action.

g) On prétend qu'il existe des moyens qui agissent sur la cause de la maladie ; mais comme cette cause a disparu par la production de la maladie , il en résulte que la modification ne peut être considérée que dans son action sur l'inflammation même.

h) Le croup, à son début, n'est pas toujours accompagné de fièvre ; il peut se déclarer subitement sans aucun précurseur catarrhal.

i) Il ne peut y avoir de rémission complète dans l'angine couenneuse que lorsqu'elle n'est pas violente.

La nature inflammatoire du croup est à la vérité généralement reconnue, et le traitement antiphlogistique est admis comme indispensable : cependant il règne dans les écrits et dans la pratique une manière de voir qui contraste singulièrement avec le caractère reconnu à cette maladie, quant aux médications à employer et à leur mode d'action. Des moyens préconisés outre mesure par quelques hommes de l'art, sous le rapport de leur action spécifique, n'ont produit aucun effet selon d'autres médecins tout aussi recommandables. Dans cette classe on peut ranger les évacuations sanguines, le calomel , le sulfate de cuivre, l'émétique, le foie de soufre, etc., et la plus grande partie des anticroupaux. Peu de moyens ont échappé à la critique. — Il est évident qu'une semblable divergence d'opinions doit produire une hésitation funeste, ou au moins une indifférence fâcheuse chez la plupart des médecins que l'expérience n'a pas encore mûris. En effet, nous voyons souvent un jeune praticien, distingué par ses capacités, reculer devant l'emploi du remède le plus héroïque, dans la crainte d'être blâmé par son consultant.

Il est donc également important et utile de passer attentivement en revue l'action des principaux moyens employés contre le croup.

Les larges évacuations sanguines ont emporté le suffrage du plus grand nombre ; peu d'auteurs se sont prononcés contre elles.— Examinons l'action des saignées dans les inflammations intérieures. Elles diminuent la masse du sang, et par conséquent celle du point enflammé. Mais cette conclusion ne peut soutenir un examen

approfondi; car ce n'est pas la quantité du sang qui occasionne la phlogose : *celle-ci n'est que l'action polaire matérialisée entre le système capillaire et le parenchyme.* Quelle que soit la quantité de sang que l'on évacue, il en restera toujours assez pour fournir à une stase locale, et l'afflux de ce liquide vers l'organe enflammé est toujours augmenté. L'expérience n'est pas encore venue démontrer ce point. Hâtons-nous de dire qu'en ceci il ne peut être question que de la stase complète et de l'inflammation tout à fait caractérisée, et non des congestions.

Les évacuations sanguines modifient la qualité du sang. Il a été démontré par des expériences physiologiques que le premier sang enlevé contient plus de globules que celui qu'on tire ensuite, mais que le dernier est plus chargé de fibrine. Cette observation a été confirmée au lit du malade; car, dans les inflammations, le sang évacué en second et en troisième lieu est moins coloré et plus riche en fibrine que celui tiré tout d'abord. Nous voyons la même chose dans les hémorrhagies. Vogel explique la diminution des globules par la transformation de ceux-ci en fibrine coulante; transformation inévitable en vertu d'une loi organique. C'est ainsi que la plasticité du sang s'accroît en proportion du nombre des saignées. La conséquence inévitable serait donc: *que l'inflammation augmenterait par la saignée, si la plasticité du sang était une condition indispensable à l'inflammation.* Or, l'expérience prouve le contraire. — Nous savons que les globules ne servent point à la nutrition comme tels, qu'ils ne peuvent sortir des vaisseaux tant que les tuniques sont entières; mais leur fonction dans l'organisme n'est pas du tout prouvée. Il est assez probable que ce sont les globules qui *préparent les rapports polaires de ce même organisme.* Si nous examinons les chlorotiques et tous ceux chez lesquels les globules manquent après de larges pertes de sang, des maladies longues et épuisantes, par suite d'une nourriture misérable, d'une assimilation souffrante, ou par des influences de mauvaise nature, nous trouverons partout (que nous prenions des systèmes entiers ou des organes isolés dans leurs rapports réciproques) les actions polaires péchant par la quantité et par la qualité. Si nous rapportons cette polarité imparfaite à la nutrition, alors nous voyons que le plastique nourrissant pénètre dans le parenchyme par l'exosmose, laquelle, comme pôle positif, n'a qu'une puissance inférieure et n'est pas capable d'élever cette force jusqu'au degré le plus avancé du développement organique. Le sang lui-même a moins de pouvoir, son mouvement est ralenti; la contractilité vitale des vaisseaux est diminuée. Les oppositions sont en tous points marquées : la *différenciation* et l'*indifférenciation*, la résorption et la sécrétion

marchent avec lenteur. Il est notoire que les inflammations sthéniques avec exsudation plastique sont fort rares dans ces sortes d'organismes.

Les évacuations sanguines agissent davantage sur la qualité que sur la quantité; elles ont une action puissante dans les inflammations, puisqu'elles diminuent la quantité des globules, le moteur de la polarité augmentée entre le sang capillaire et le parenchyme.

Jusqu'ici nous n'avons considéré dans les inflammations que le rapport polaire anormal entre le sang et le parenchyme; maintenant nous allons examiner ce rapport entre les principales parties intégrantes du sang lui-même, entre les globules et le plasma, et nous trouverons également que la polarité est fautive : nous reconnaîtrons qu'il existe une tendance plus grande à la séparation entre les deux éléments principaux. Les saignées sont loin d'agir aussi favorablement sur cette polarité anormale; il paraît, au contraire, que la force centrifuge des deux éléments en est encore augmentée. Ce n'est souvent qu'à la suite de fortes saignées répétées que cette polarité anormale revient à son état naturel; mais souvent aussi il arrive qu'on hâte la mort.

Or, pour abattre complètement une inflammation, il est indispensable de rétablir l'équilibre polaire, tant entre le parenchyme et le sang capillaire, qu'entre les principes constituants du sang lui-même. Mais comme on ne peut toujours rapidement provoquer ces phénomènes par les saignées, il ne faut pas s'étonner que souvent elles sont insuffisantes dans le croup bien prononcé ou dans d'autres inflammations violentes.

Les explications ci-dessus rendent facile la distinction des cas dans lesquels le croup réclame la saignée comme utile et nécessaire, et ceux dans lesquels elle est inutile et nuisible à l'organisme.

Parmi les nombreux remèdes internes vantés contre le croup, c'est le *calomel* qui a été le plus préconisé. Certes on ne peut nier que ce médicament ne produise des effets salutaires dans cette affection; mais il est loin cependant de mériter la confiance qu'on lui accorde. Cette réputation usurpée est basée sur l'observation que le mercure diminue la plasticité et la coagulabilité du sang, qu'il empêche la production organique, qu'il en dissout, ramollit, fluidifie même les parties solides. Or, comme dans le croup on ne voyait qu'un phénomène d'une production locale et anormale trop active qu'il fallait mitiger, détruire, on avait pensé avoir trouvé dans le mercure la panacée si désirée. — Les deux premières propositions sont vraies; mais les conséquences sont fausses. Il y a une double erreur : 1° par rapport au temps que le mercure réclame pour produire ces changements; 2° et quant à celui qu'il

faut au croup pour parcourir ses périodes. Les effets du mercure se font souvent attendre assez longtemps, et la maladie a une marche souvent très-rapidement mortelle.

Examinons plus scrupuleusement les effets du mercure par rapport au croup. Cette action est d'abord purement locale, bornée au canal intestinal; les sécrétions naturelles de l'estomac, du tube digestif, et finalement celles de la bouche, sont augmentées, elles deviennent séreuses : son emploi prolongé les rend plus plastiques. Il résulte de là que les épiphénomènes se suivent dans le même ordre que dans l'inflammation : or, l'exsudation plastique s'étend sur une grande surface du canal alimentaire; il se perd une quantité notable du sang nourricier. L'inflammation du larynx et des conduits aériens devrait, dans notre cas, diminuer dans la même proportion et disparaître; mais nous rencontrons deux difficultés : l'une tenant à l'organisme, l'autre au remède lui-même. L'organisme, obéissant à des lois immuables, tend à continuer sa marche et à réparer ses pertes. Or, de quelle manière cela peut-il se faire? Vraisemblablement de la même façon qu'après les pertes sanguines, *par la transformation des globules en plasma.* Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la diminution des globules affaiblit la polarité du sang, et le parenchyme refoule l'inflammation. Admettons maintenant que le mercure produise de suite son premier effet, il faudra toujours un temps assez long pour faire naître toute la série des phénomènes organiques. En effet, tout médecin a observé que le calomel ne provoque pas de suite, même s'il est donné à haute dose, des selles liquides : Qu'aviendra-t-il donc de la sécrétion salivaire chez l'enfant? Le mettra-t-on dans un danger imminent en provoquant une inflammation intestinale par des doses énormes de calomel, afin de le délivrer du croup ?

La supposition que nous avons admise jusqu'ici, que l'action principale du calomel contre le croup consiste dans l'obstacle qu'il apporte à la coagulation de la lymphe ou du plasma et dans la faculté de dissoudre la pseudomembrane, doit être révoquée en doute, d'après ce qui a été dit plus haut. — Son seul effet salutaire démonstrable dans l'affection qui nous occupe, c'est tout simplement sa vertu purgative, par laquelle il provoque une sécrétion plus active dans l'intestin. Nous basant sur une loi organique, nous devons lui accorder une place distinguée parmi les remèdes dits dérivants. Tous les purgatifs appartiennent à cette catégorie; après eux viennent les résolvants.

Le *tartre émétique* mérite un rang bien plus élevé dans la thérapeutique du croup; et c'est avec raison que la plupart des méde-

cins le préfèrent aujourd'hui au calomel. S'il ne réussit pas *toujours* à prévenir les évacuations sanguines, ainsi que l'assurent Hohnbaum, Hegewisch et Carrigan, il n'en est pas moins avéré qu'il y parvient souvent, même dans le croup complètement développé. Une longue expérience nous a prouvé que l'émétique rend le calomel superflu : le premier possède à un bien plus haut degré toutes les qualités qu'on peut accorder à l'autre, et ses effets sont bien plus prompts et plus certains par l'excitation prompte et puissante qu'il produit sur la vitalité et sur l'action sécrétante de tout le canal digestif, du foie et de la peau. L'émétique agit en même temps comme diaphorétique sur la cause occasionnelle; il active toutes les fonctions vitales qui ont de l'analogie avec celles des poumons, de même qu'il amène la production de la sueur; l'acte respiratoire est en conséquence facilité, le sang conserve sa vitalité, et ainsi l'on prévient les stases de ce liquide dans le cerveau et dans les poumons. Ce médicament possède encore une qualité curative précieuse : c'est son action indéfinissable sur le système nerveux, que nous sommes convenu de nommer altérante.

Nous ne pouvons, dit l'auteur, admettre un croup nerveux; néanmoins l'influence du système nerveux sur la naissance, sur l'existence et sur la terminaison du croup ne saurait pas plus être révoquée en doute que celle qu'il exerce sur toute fonction normale de notre organisme. Mais, disons-le, nous ignorons la nature de cette influence nerveuse, comme nous ignorons le mode d'action de tout médicament dit nervin.

L'émétique abat l'impétuosité du système vasculaire, il diminue l'impulsion (le mouvement) ordinaire : n'entrevera-t-il pas alors aussi celle qui est anormale? Il est par conséquent indiqué dans le croup à son début comme lorsqu'il est parvenu à son plus haut degré d'intensité. Il est vrai que, dans ce dernier cas, il ne garantira pas des évacuations sanguines, mais il peut toujours sans danger les précéder; il contribuera même à augmenter, à hâter le bienfaisant effet des saignées. A la vérité, on a dit et on a écrit que, donné avant les évacuations, il augmente l'inflammation en l'irritant; mais l'émétique n'agit ainsi que sur les organes avec lesquels il est mis en contact immédiat. C'est pourquoi il est contre-indiqué dans les gastrites et dans l'entérite. Si le mécanisme du vomissement pouvait donner lieu à l'appréhension d'une irritation funeste, il faudrait que l'organisme humain fût la machine la plus chétive, et alors des lois tout autres que celles que nous voyons agir présideraient à l'accomplissement de cet acte. Si ce médicament devait véritablement exercer une influence nuisible sur le larynx et le tube aérien, il est évident que cette même action se ferait sentir

dans tous les cas de croup ; elle rendrait l'inflammation on ne peut plus intense ; et pourtant ce sont les mêmes médecins qui, en contradiction avec eux-mêmes, prétendent que cette médication est avantageuse dans le croup léger et qu'elle est pernicieuse dans le croup violent.

La crainte que l'émétique ne produise des effets fâcheux sur l'encéphale est tout aussi peu fondée. Nous avons démontré plus haut que les vomitifs empêchent les stases sanguines dans le cerveau, qu'ils les modifient d'une manière avantageuse si elles existent déjà ; c'est ce que l'on peut établir par les lois organiques : on sait aussi qu'il est excellent pour combattre l'hydrocéphale ventriculaire.

Le *sulfate de cuivre* est un médicament très-actif et très-violent, qui attaque fortement l'organisme, qui abat et épuise promptement la vitalité. Cette action si prononcée et ses suites si difficiles à maîtriser réclament la plus grande circonspection dans son emploi. Jamais on ne doit l'administrer à des individus faibles, délicats, ni lorsqu'il existe une grande sensibilité de l'estomac et des intestins, car il peut occasionner une inflammation mortelle. Nous en avons fait plusieurs fois usage avec succès en nous entourant de toutes ces précautions : jamais nous n'avons porté la dose au delà de 1/4 de grain de 15 en 15 minutes ; toujours nous nous sommes contenté de doses plus faibles, et dès que la violence du croup avait cédé, nous en cessions l'emploi. Jamais nous ne l'avons prescrit à des enfants de l'âge le plus tendre. Il n'a pas du reste une action plus forte contre le croup qne l'émétique. On ne peut convenablement l'employer que dans peu de cas, et il faut le considérer comme un remède d'un effet généralement incertain dans l'enfance.

Avec A. Goelis, Walch et autres, nous classons immédiatement après ces remèdes héroïques contre le croup : 1° l'empêchement complet du sommeil, ou, lorsque à la longue cela devient impossible, sa fréquente interruption ; 2° l'abondant usage de boissons chaudes adoucissantes.

Nous avons acquis la conviction la plus complète que l'observation de ces deux dernières recommandations est une condition indispensable pour la guérison de la plupart des angines commençantes ; elles augmentent l'action de tous les remèdes, elles hâtent, elles abrègent par conséquent la durée de la maladie. Nous disons même que ces simples précautions bien observées ont souvent suffi pour enrayer un croup à son début, ou que tout au moins elles en ont ralenti la marche. On se plaint souvent de la malignité du croup, qui, en apparence tout à fait détruit, se reproduit, sans

aucune cause appréciable, avec une violence plus grande que la première fois, et qui devient alors très-difficile à combattre, ou qui marche d'un pas rapide vers la mort. Cette cruelle expérience, nous l'avons faite aussi.

Dans la plupart des cas, nous sommes parvenu à découvrir qu'on avait négligé les précautions fortement recommandées par nous, dès que l'on avait remarqué du mieux. Les mères, par une tendresse mal entendue, ou éperdues, pensant procurer un soulagement au petit malade épuisé, ou vaincues elles-mêmes par le sommeil, en confiant leur enfant à une vieille matrone entêtée, ou à une bonne stupide et dormeuse, ont laissé goûter à l'enfant un repos non interrompu, jusqu'à ce que ses efforts contre l'étouffement l'éveillassent. Comme à la longue il est impossible d'empêcher le sommeil, nous finissons par le permettre, en recommandant de l'interrompre très-fréquemment pendant le jour, époque de la rémission, et nous faisons donner en même temps des boissons chaudes en petite quantité : cela réussit parfois très-bien. Le motif de cette manière d'agir trouve sa raison dans ce principe physiologique : que durant le sommeil c'est la puissance végétative (réparatrice) qui domine ; par conséquent, l'insomnie contribue activement à abattre l'inflammation. — Les boissons douces chaudes, par exemple l'eau sucrée, comme le meilleur thé, étaient en général préférées par les enfants ; prises à de courts intervalles, elles aidaient puissamment le traitement : tant mieux si comme on le voit souvent elles provoquent des vomissements. Cette grande quantité d'eau prise occasionnera le plus ordinairement une sueur bienfaisante, et passant par l'endosmose dans la masse du sang, elle agit sur la maladie elle-même : elle augmente le sérum du sang ; et comme la séreuse transsude plus facilement à travers les tuniques vasculaires que la fibrine, l'exsudation plastique, déjà commencée, se change en une abondante exhalation : *la toux devient humide.* La dernière conséquence de ce phénomène, c'est l'affaiblissement de la polarité augmentée entre les vaisseaux et le parenchyme, cause principale de la maladie en question. — Les tisanes mucilagineuses ne présentent aucun avantage sur l'eau sucrée ; elles chargent l'estomac ; et comme en général elles répugnent aux malades, on ne parvient à leur en faire prendre qu'en petite quantité, après bien des efforts, ou en les faisant crier, ce qui est très-pernicieux. Nous avons vu nombre d'enfants qui à chaque instant buvaient de l'eau sucrée, qui vomissaient ensuite, puis buvaient de nouveau, et qui furent par cette noyade délivrés d'accès très-violents en quelques heures et sans autres médicaments. Nous avons vu boire jusqu'à 4 livres d'eau sucrée en moins de deux heures. Quel enfant consentirait à

prendre une pareille quantité de cette fade boisson de guimauve dans un laps de temps aussi court? Evidemment ce décoctum, comme ceux de mauve, de salep ou de tussilage n'ont pas un atome de vertu médicinale que ne possède l'eau sucrée.

L'action des autres remèdes que l'on recommande contre le croup n'est que très-secondaire; le musc seul serait un médicament précieux dans la chute rapide des forces, s'il ne fallait admettre que la cause de la prostration réside dans le changement qualitatif de la masse du sang devenu impropre à l'entretien de la vie. Cependant, comme le musc se trouve dans un rapport de polarité particulière et immédiate avec le système nerveux, comme il agit avec promptitude, comme il rappelle même la vie qui s'enfuit par sa seule introduction dans la bouche (Goelis l'a éprouvé sur un de ses propres enfants), et comme le moindre instant gagné peut servir favorablement au retour de la force vitale, on doit absolument recourir au musc lorsque cette même force baisse. Après tout, pouvons-nous dire quand le sang est devenu impropre à l'entretien de la vie? Or, puisque nous savons que le musc a une action vivifiante sur le système nerveux, ne devons-nous pas admettre qu'au moyen du rapport polaire qui existe entre le système nerveux et le système vasculaire, le sang puisse gagner en vitalité?

Nous regardons *les lotions vinaigrées chaudes sur tout le corps* comme le meilleur adjuvant externe : elles abattent cette grande chaleur sèche, brûlante de la peau, elles facilitent la transpiration, elles l'accélèrent; elles favorisent cette fonction de la peau qui ressemble si bien à celle des poumons, et le sang conserve ainsi plus longtemps sa vitalité normale; enfin, puisque le vinaigre a sur la peau un effet plus ou moins irritant selon son degré de concentration, il agit comme révulsif. Les lotions sont plus faciles que les bains; elles n'occasionnent pas les douleurs que font naître les sinapismes, et elles sont plus bienfaisantes que les uns et les autres. Il faut les renouveler plusieurs fois par jour. Il n'est pas nécessaire de mettre le malade tout nu : ces lotions peuvent se faire sous la couverture; on peut aussi ne pas l'essuyer. L'atmosphère chargée de vapeurs vinaigrées n'augmente pas l'inflammation (1).

Hélas! il n'est que trop vrai que malgré tous ces moyens, et d'autres également vantés, employés sans retard et avec discernement, que malgré tous les soins imaginables, souvent on ne parvient pas à sauver la vie! Tout médecin et tout ami de l'enfance a dû, dans ces cas désespérés, chercher à trouver un voie nouvelle

(1) Contradiction.

plus efficace. C'est dans une semblable extrémité, qu'un jour nous employâmes pour la première fois *l'acétate de plomb.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉMOIRE SUR LA CHLOROSE ;

Par le docteur E. Sélade, membre de la Commission médicale de Bruxelles.

Synonymie (1). Chlorose dérive du mot grec χλορος, qui signifie verdâtre. Ce nom, très-impropre, a cependant survécu aux diverses dénominations qu'on avait voulu lui substituer, et, de nos jours, il est encore généralement employé. Quelques auteurs désignent cependant aussi cette affection par les expressions de *pâles couleurs, ictère blanc, fièvre blanche, fièvre d'amour;* Morton la nomme *phthisie nerveuse.* En latin, elle est appelée *icteria alba, febris alba, febris amatoria, febris virginum color*; *cachexia virginum, morbus virgineus, dispepsia chlorosis, chlorosma, anepithymia chlorosis, pallidus morbus*; en grec, χλωροσμα, χλωρος; en italien, *chlorosi, pallido colore;* en espagnol, *chlorosis, opilacion, colores palido;* en anglais, *chlorosis, green sikness*; en allemand, *bleechsucht melkfarbe*: en hollandais, *maagde-ziekte, vryster-ziekte, bleekzucht;* en danois, *bleegzyge, bleegsot*; en suédois, *bleksot, gransjuka.*

La plupart de ces dénominations ne représentent qu'un seul symptôme : la pâleur de la peau des sujets qui sont atteints de cette affection. Quoiqu'on puisse faire au mot *chlorose* un reproche analogue, l'usage l'a consacré, et ce motif nous détermine à l'admettre.

Historique et bibliographie. Aretée, en traitant de la coloration de la peau dans les cachexies, signale quelques particularités qui appartiennent évidemment à la chlorose et à l'anémie. Dans les écrits antérieurs au XVIIe siècle, on remarque bien quelques passages qui ont rapport à cette affection, il existe même plusieurs dissertations sur ce sujet ; mais le premier travail important dans lequel on la trouve clairement définie est dû à un élève de Fréd. Hoffmann ; cet écrit a été publié à Genève en 1753. On retrouve, à peu de chose près, dans cet ouvrage, toutes les notions que nous possédions, il y a quelques années, sur la chlorose. On consultera aussi avec fruit, sur cette matière, un

(1) Si dans le cours de ce mémoire nous nous sommes écarté de l'ordre suivi ordinairement par la plupart des auteurs, en traitant de la *nature* immédiatement après les *lésions pathologiques* c'est que nous considérons l'étude de la nature des maladies comme le point culminant de la pathologie, puisqu'elle domine toute la thérapeutique.

article de Marshall-Hall, inséré dans le *The Cyclopædia of practic. medic.*, t. II, p. 377 ; une thèse de Vallée, Paris, 1813, p. 177 ; le *Traité des Accouchements* de Gardien ; l'article *Chlorose*, par MM. Desormeaux et Blache, du *Dictionnaire de Medecine*, 2e édition ; celui de M. Roche dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques ;* le Mémoire de M. Blaud *sur les maladies chlorotiques*, publié dans la *Revue médicale*, t. I, p. 337 ; le travail de MM. Trousseau et Bonnet *sur l'emploi du sous-carbonate de fer dans le traitement des douleurs de l'estomac*, qui a paru dans les *Archives générales de Médecine*, t. XXIX, p. 522 ; celui de Segaud-Lafond, de *l'Electricité médicale*, Paris, 1803, in-8°, p. 565 ; les *Eléments de Médecine* de Cullen ; un article de Copland, du *Dict. of pract. med.*, et surtout l'*Essai d'Hémathologie pathologique* de M. Andral ; ainsi que les *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang, fibrine, globules, matériaux solides du sérum et eau, dans les maladies*, par MM. Andral et Gavarret. On pourra joindre à cette nomenclature le *Compendium de Médecine pratique*, de MM. de la Berge et Monneret ; le *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine pratique* de M. Fabre ; une thèse de M. Crespin, *de chlorosi*, Louvain, 1818, in-4°, et quelques autres travaux qu'ont donnés les journaux de médecine dans ces derniers temps, parmi lesquels nous citerons ceux qui sont dus à la plume de MM. Labat, Trousseau et Dauvergne.

Les progrès dans l'étude et la connaissance de cette maladie doivent être attribués à la tendance de l'esprit médical de notre siècle vers les recherches de la chimie organique, et à l'influence des autres sciences physiques appliquées à la médecine.

Anatomie pathologique. La chlorose étant rarement mortelle par elle-même, et ne le devenant le plus souvent qu'à la suite des complications qu'elle entraîne ou qui l'ont précédée, l'autopsie ne révèle particulièrement chez les chlorotiques que des lésions organiques nées de ces complications. De ce nombre sont les altérations de l'estomac, du foie, de la rate, la phthisie tuberculeuse, les ossifications des valvules du cœur, les hypertrophies du même organe, etc. Il existe une altération constante du sang que nous mentionnerons en traitant de la nature de cette maladie. On observe encore des épanchements séreux dans les plèvres, le péritoine, le péricarde, la tête, et dans tout le tissu cellulaire sous-cutané. Les veines et les artères sont vides de sang coloré, et contiennent un peu de liquide séreux ; les fibres charnues du cœur sont décolorées ; les muscles flasques, pâles et atrophiés, ne laissent suinter aucune goutte de sang lors de leur section ; enfin, la plupart des organes sont exsangues, et notamment la

matrice, surtout chez les jeunes filles non menstruées. La peau est légèrement infiltrée de sérosité, et elle ressemble par sa couleur à de la cire blanche un peu jaunie ; sa décomposition est rapide.

Il est essentiel de remarquer que la plupart des lésions pathologiques que l'on observe à la suite de la chlorose, telles que les engorgements sanguins des organes, les épanchements séreux, la décoloration, la flaccidité des tissus, ne sont que le résultat de l'altération du sang qui a filtré à travers les tissus et a produit ces phénomènes cadavériques.

Nature et siége de la maladie. — Les anciens croyaient que la chlorose avait son siége, chez les hommes, dans l'estomac et le foie, tandis que, chez la femme, il résidait à la fois dans ces deux viscères et la matrice. Un auteur du xve siècle, qui fut tour à tour le médecin de Louis V, de Frédéric II et de Frédéric III, s'exprime de la manière suivante dans son ouvrage qui a pour titre : *Medicinalium epistolarum Miscellanea* : « Au temps de la « puberté, la nature, par la disposition seule de l'organisme, « pousse le sang dans les veines, les sinus de la matrice, et lors- « que le sang ne peut se frayer un passage, il regorge vers le « cœur, vers le foie; l'irritation reflue vers les principaux or- « ganes, et de là naissent tous les désordres dont les viscères « sont affectés, comme la difficulté de respirer, les palpitations « du cœur, le gonflement et la sensibilité des hypochondres, le « dégoût, et la cardialgie. »

Frédéric Hoffmann considère la chlorose comme une affection générale, caractérisée par un changement survenu dans toute l'habitude du corps, par la coloration blanche, jaunâtre ou verdâtre de la peau, l'altération des humeurs, le trouble de la circulation, par la production d'accidents nerveux, l'atonie des viscères et une prostration plus ou moins marquée.

Cullen regarde la chlorose comme une affection des ovaires.

Pinel croyait que cette maladie dépendait uniquement de la suppression des menstrues, et il ne la distingue pas de l'aménorrhée. Sauvage a attribué cette affectiou à la surabondance de la partie séreuse du sang.

Gardien la rapporte aux dérangements des digestions.

Copland, trouvant toutes les fonctions nutritives et de la génération languissantes et s'accomplissant imparfaitement chez les chlorotiques, se croit fondé à regarder la maladie comme le résultat d'une action insuffisante du grand sympathique, qui préside à toutes ces fonctions.

Hufeland pense que la chlorose provient d'une mauvaise constitution toute particulière du sang, dans lequel la partie aqueuse

prédomine, tandis qu'il y a défaut de cruor et de fibrine, c'est-à-dire de la substance qui est, à proprement parler, le siége de la chaleur, de la rougeur, de la plasticité et de la vitalité.

Broussais s'exprimait de la manière suivante en parlant de la chlorose : « La décoloration n'est ici que l'effet de la phlegmasie « de l'estomac : malheur au médecin qui serait assez peu physio- « logiste pour l'ignorer ! L'inflammation viscérale ne tarderait « pas à faire des progrès et entraînerait les conséquences les plus « funestes. »

Boisseau croit que la chlorose est une asthénie du système sanguin, consistant dans l'affaiblissement de ses qualités stimulantes.

Quelques auteurs modernes, entre autres M. le docteur Labat, pensent que la cause la plus fréquente de la chlorose doit être rapportée à la préexistence ou à la complication d'une bronchite ou d'une duodéno-hépatite avec un état pathologique quelconque de l'utérus, c'est-à-dire que des rapports inflammatoires s'établissent entre la matrice, l'estomac, le duodénum et le foie ; et c'est de la prédominance irritative de l'un de ces organes que dérivent les phénomènes que, d'après ces auteurs, on observe dans cette maladie.

M. Andral considère la chlorose comme un appauvrissement du sang.

M. Blaud attribue la maladie à une sanguification vicieuse dont le résultat est imparfait et où la sérosité prédomine. D'après lui, le principe colorant est en défaut et n'est plus propre à exciter convenablement l'organisme et à entretenir l'exercice régulier de ses fonctions.

M. Giacomini dit, en parlant de la chlorose, dans son *Traité de Thérapeutique et de Matière médicale*, p. 379 : « Le plus sou- « vent, cependant, la femme qui éprouve une suppression des « règles sans être ni enceinte ni nourrice, doit nécessairement, « après quelque temps, ressentir les effets d'une surabondance « dans la masse du sang ; elle éprouve en effet tous les symp- « tômes de la pléthore sanguine. Cette pléthore devient elle- « même la source de nouveaux dérangements, etc. » Il ajoute un peu plus loin : «.... La quantité surabondante du sang ne tarde « pas à se porter avec violence vers les poumons et à produire la « phthisie ; ou bien le sang se porte vers un autre viscère, comme « l'estomac, la matrice, la rate, qui deviennent le centre d'af- « fections permanentes. Lorsque les différents viscères se trou- « vent dans de bonnes conditions, ils résistent à l'afflux du sang, et « aucun dérangement ne s'ensuit ; mais les tuniques des artères

« qui en reçoivent de préférence le choc ne résistent pas tou-
« jours. Aussi n'est-il pas rare de voir à la suite une dilatation
« anévrysmatique et quelquefois même des altérations organiques
« du cœur. Le cas le plus ordinaire est une progression lente et
« graduée de la maladie. Alors les artères ressentant l'effet d'une
« stimulation excessive et chronique, due à l'impétuosité du
« sang, s'enflamment, et leur inflammation épaississant leur tuni-
« que interne et augmentant la contractilité vitale, les empêche
« de se dilater librement ou d'entrer en diastole, et les place
« dans un état de contractions morbides permanentes. » De sorte que, selon lui, la chlorose n'est au fond qu'une lente artérite.

M. Roche est porté à croire que la cause prochaine, ainsi que l'avait déjà avancé Cabanis, est une faiblesse des organes génitaux, c'est-à-dire un défaut d'éréthisme de ces parties pour seconder les phénomènes de la menstruation et réagir d'une manière convenable sur tout le reste de l'économie animale.

Pour nous, la chlorose est un état pathologique qui consiste dans une altération du sang caractérisée surtout par la diminution du nombre des globules et par une modification particulière dans leur qualité; et c'est cette altération primitive ou consécutive qui donne lieu à la série des phénomènes caractéristiques de cette affection. Le plus souvent le sang est altéré primitivement, quelquefois il l'est consécutivement, comme à la suite d'une affection organique quelconque ou d'une hémorrhagie; mais la nature de cette maladie est toujours une altération du fluide sanguin. Quelle que soit la cause qui l'ait produite, la plupart des troubles fonctionnels ne sont, suivant nous, qu'une conséquence de cette altération première.

Lorsque le sang que reçoivent les organes circulatoires, et le cœur principalement, ne les excite plus à un degré nécessaire pour régler et faciliter leurs mouvements, il survient des palpitations, des étouffements, des spasmes, de la fréquence et une fausse énergie dans les battements du cœur et du pouls, des irrégularités dans l'état de la chaleur animale, et souvent même une fièvre erratique, lente, nerveuse; tous symptômes qui annoncent évidemment l'éréthisme de ce système, et que l'on rencontre dans la chlorose. Des troubles se font également ressentir dans les organes de l'appareil de la reproduction; quelquefois même les accidents hystériques viennent jeter une perturbation dans toute l'économie de la femme. Le système nerveux de la vie animale partage souvent l'éréthisme qui devient alors général, et bientôt les sensations, les occupations intellectuelles les plus simples, les moins fatigantes, impatientent le cerveau et les organes des sens.

L'opinion que je viens d'émettre sur la nature de la chlorose a pour elle l'autorité de célèbres médecins modernes, et notamment de MM. Magendie, Andral, Hufeland, Blaud, Trousseau, et autres dont il est inutile de citer ici les noms.

Mantenant que nous avons admis que la chlorose consiste dans une altération du sang, nous sommes en face de cette autre question non moins importante à savoir : Quels sont les éléments du sang qui se trouvent modifiés dans cette affection ? Avant d'en aborder la discussion, jetons un coup d'œil rapide sur la composition du sang, afin de faciliter l'étude du principe ou des principes modifiés dans la chlorose. Les principaux éléments qui constituent le sang sont la fibrine, l'albumine, les globules, différents sels, une matière animale particulière, le phosphore, le soufre, le fer et l'eau.

La fibrine est une matière animale en dissolution, dont la propriété caractéristique est de se coaguler spontanément, c'est-à-dire de se séparer de l'eau sous forme de matière plastique. Cette coagulation a lieu constamment quand le sang est sorti du corps ; quelquefois même elle arrive dans les vaisseaux pendant la vie, sous l'influence de causes morbides. L'albumine est une seconde matière animale également en dissolution dans l'eau, et qui reste toujours à cet état dans le sang qui circule comme dans celui qui a été extrait des vaisseaux. On a soutenu que la fibrine n'est pas un corps réellement différent de l'albumine, mais qu'elle n'en est qu'une simple modification. Cette opinion est fondée sur la difficulté extrême que l'on éprouve à donner les caractères distinctifs, d'une part, entre la fibrine et l'albumine dissoutes, et, d'autre part, entre la fibrine et l'albumine coagulées. Le médecin ne doit attacher qu'une importance secondaire à cette question scientifique : ce qui lui emporte, c'est d'examiner comment se modifient les divers éléments du sang, soit dans leur quantité, soit dans leurs qualités, durant le cours des maladies ; car autant les caractères chimiques qui existent entre ces deux principes sont fugaces et difficiles à saisir, autant les différences entre ces deux principes sont tranchées quand on s'en tient au point de vue de la physiologie.

Les globules, qui sont aussi une matière animale qui n'est plus en dissolution, mais seulement en suspension dans l'eau, se présentent sous forme de petits corpuscules lenticulaires d'un diamètre de 1,125 de millimètre. Ils se distinguent des deux substances précédentes par une forme particulière et par leur coloration rouge. Ils sont composés de plusieurs matières : l'une qui donne sa couleur au sang, c'est l'hématosine ; l'autre, dont

la nature est encore peu connue, et que les uns considèrent comme de la fibrine, les autres comme de l'albumine; et enfin une troisième, qui est le fer. La première substance, appelée hématosine, dans la composition de laquelle entre le fer, forme l'enveloppe extérieure des globules; l'albumine ou la fibrine le noyau central.

Les trois substances que nous venons d'examiner, l'albumine, la fibrine et les globules, se comportent d'une manière très-différente, et il est impossible de ne pas être frappé des caractères physiologiques qui les distinguent, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'analyse chimique.

Pour déterminer les altérations de quantité qui peuvent survenir dans la fibrine et les autres éléments du sang, dans le cours des maladies, il faut en connaître les proportions normales.

D'après leurs analyses, MM. Andral et Gavarret ont trouvé, sur 1,000 parties de sang : fibrine, 3 parties; globules, 127; matériaux solides du sérum, 80; eau 790.

Il importe de prendre note de chacun de ces chiffres, parce qu'ils représentent l'état physiologique du sang, et que les maladies de ce liquide ont précisément pour effet de faire varier les quantités normales de l'un ou de plusieurs de ces éléments. C'est dans l'étude de ces variations que consiste aujourd'hui l'histoire pathologique du sang.

Il est très-rare qu'une lésion porte à la fois sur tous les éléments qui composent le sang; un ou deux, rarement plus, sont modifiés en même temps. Nous devons ajouter que l'on distingue deux sortes d'altérations du sang qui doivent être étudiées à part : les altérations de quantité et les altérations de qualité.

Ces premisses posées, recherchons l'espèce d'altération que le sang éprouve dans la chlorose. — Les globules sont presque seuls modifiés dans cette maladie : les autres éléments du sang restent à peu près dans leur état normal, au moins quant à leur quantité; ce qui est surtout vrai si cette affection n'est pas produite par une perte de sang abondante. De toutes les maladies, c'est celle qui a présenté l'abaissement le plus considérable du nombre des globules.

Dans onze observations de chlorose recueillies par MM. Andral et Gavarret, les chiffres qui furent observés sont les suivants : 77, 70, 68, 56, 50, 49, 46, 38. Dans un cas tout à fait récent, on n'a trouvé que 27, 9 en globules; diminution énorme, puisqu'il y en avait 100 de moins que dans l'état normal. Non-seulement il y a une diminution dans la quantité des globules dans la chlorose; mais je pense qu'il y a aussi une altération dans leur

qualité ; que la matière appelée hématosine, dans laquelle le fer entre en grande partie, se trouve en moindre proportion que dans les autres maladies, ce qui explique l'état rosé du sang des chlorotiques ; car si l'altération ne portait que sur la quantité, pourquoi faudrait-il toujours un traitement tonique ferrugineux de plusieurs semaines avant d'amener une amélioration dans l'état des chlorotiques, tandis que chez les malades qui ont éprouvé une hémorrhagie forte ou longtemps prolongée, et chez lesquelles il reste une très-petite quantité de globules, quelquefois moins que dans la chlorose, un traitement de quelques jours, et autre que celui des martiaux, rend bientôt au sang ses qualités normales ? Il faut donc bien admettre que la qualité des globules se trouve modifiée dans cette affection. En outre, les recherches de M. Andral, faites pour s'assurer de l'altération de leur structure, dans deux cas de chlorose, ont démontré que les globules étaient devenus beaucoup plus petits qu'on ne les rencontre ordinairement, et qu'un certain nombre n'avaient plus leur forme accoutumée : ils étaient comme brisés et disséminés, semblables à des espèces de filaments dans le champ du microscope. Deux mois plus tard, l'une de ces deux malades fut saignée, le sang présenta alors de très-beaux globules, bien différents de ceux qu'on avait observés deux mois auparavant. Nous avons vérifié ces expériences, et nous avons toujours cru remarquer que les globules du sang des chlorotiques et des anémiques étaient plus petits et d'une forme particulière, bien différente de celle des globules du sang des sujets sanguins.

La quantité de fibrine reste à peu près normale, à moins que des causes puissantes ou longtemps prolongées, telles qu'une lésion chronique d'un viscère important, une hémorrhagie abondante, n'aient agi sur l'économie. Alors la fibrine subit une modification dans sa quantité, et quelquefois dans sa qualité.

Les matériaux solides du sérum conservent à peu près leur proportion; ils dépassent un peu la moyenne : on aurait pu cependant supposer le contraire d'après la théorie. L'eau, suivant l'analyse qui a été faite sur dix chlorotiques, est toujours restée au-dessus des limites physiologiques, et même au-dessus du chiffre que l'on observe dans la plupart des autres maladies.

Nous ne parlerons pas du fer, qui est également diminué ; il semble naturel que si les globules, dans la composition desquels il entre, diminuent, il doit subir le même sort.

Nous pensons donc que l'altération du sang dans la chlorose porte sur un des principaux éléments de ce fluide. Si cela est vrai dans la chlorose confirmée, ce que nous croyons pouvoir

affirmer, la médecine ne doit pas se borner à ces indications ; elle doit aussi chercher à prévenir cet état qui caractérise la chlorose et à expliquer les raisons pour lesquelles ces modifications surviennent chez la femme, surtout à l'époque de la puberté, et quelquefois dans un état de santé florissante, sans qu'aucune évacuation de sang accidentelle ou artificielle ait eu lieu, sans que l'alimentation ait été insuffisante par qualité ou quantité, sans qu'aucune circonstance hygiénique défavorable ait pu nuire à une bonne assimilation. Le médecin doit rechercher avec soin pour quels motifs les forces qui président à cette fonction languissent, pourquoi les principaux viscères tombent dans l'inertie, pourquoi le sang s'appauvrit et s'altère dans quelques-uns de ses éléments, pourquoi enfin la débilité et l'éréthisme les plus effrayants se répandant alors sur tous les appareils, à tel point que les malades présentent souvent le tableau synoptique ou successif de toutes les affections nerveuses possibles.

Quelle est donc la puissance altérante qui a pu réduire le sang à n'être plus qu'une abondante sérosité servant de véhicule aux globules flasques, pâles et sans affinité vitale ? Quelle cause, quel bouleversement ont ainsi suspendu le mouvement de composition et de décomposition organiques ; car dans la chlorose ces mouvements sont suspendus ? Un sang abondant circule en vain dans toute l'économie, ce sang ne fertilise rien et ne donne rien. Les actes végétatifs sont enrayés ; la chimie vivante est frappée d'inertie ; il n'y a plus dans l'organisme que des phénomènes nerveux, et encore sont-ils pervertis.

Cette question est d'une grande importance et doit avoir une influence bien puissante sur la manière de diriger le traitement prophylactique de la chlorose, et surtout celui des premiers dérangements qui ouvrent la marche de cette affection.

La théorie de la chlorose développée par MM. Trousseau et Pidoux dans leur *Traité de Thérapeutique et de Matière médicale*, me paraît trop ingénieuse pour ne pas être rapportée ici en entier. Ces auteurs s'expriment sur ce sujet de la manière suivante :

« Un appareil qui pendant quinze ans n'avait donné aucun « signe de vie, parce que jusque-là il avait été inutile à l'exis- « tence et au rôle physiologique de la femme, cet appareil s'é- « veille tout à coup pour devenir bientôt le centre de nouvelles « fonctions qui exigent une somme de vitalité telle et tellement « spéciale, qu'il semble qu'un être nouveau soit désormais ajouté « au premier être (*utérus*, *animal in animali*), le dirige et le « maîtrise au point de caractériser la femme, de la faire ce qu'elle

« est, suivant l'expression si bien sentie de Van Helmont, qui « disait aussi que l'utérus était comme un étranger dans l'éco- « nomie et qu'il ne dépendait d'elle que par la nutrition, *per- « egrini hospitis instar, a corpore non nisi alimentaliter dependens;* « tandis qu'elle, au contraire, obéissait à sa domination, *mero « regiminis imperio, totam regit mulierem*; qu'il entraînait la « femme comme la lune conduit les eaux de la mer, *perindè « atque luna solo adspectu aquis præsidet, eo quod uteri vita atque « potestas toti imperet mulieri.*

« Or, il est des femmes chez lesquelles cet empire des organes « reproducteurs s'établit facilement, sans résistance, sans lutte, « sans troubles. Chez elles, cette époque s'est depuis longtemps « graduellement préparée; la puberté, la menstruation, l'apti- « tude à la fécondation, le nouvel être, enfin, se développent à « leur insu et continuent dans la suite à régir doucement l'orga- « nisme. Celles-là ne sont guère ni chlorotiques, ni hystériques, « à moins que plus tard des causes éventuelles ne déterminent « ces deux états. Chez d'autres, au contraire, l'époque de la « puberté est le signal des plus violentes perturbations. L'éta- « blissement des fonctions utérines rencontre les obstacles les « plus grands. C'est alors surtout que ce système commande « à tout l'organisme; car la vitalité abandonne les autres appa- « reils. Les systèmes digestif, respiratoire, circulatoire, sécré- « teur, sont privés d'une grande partie de leur influx nerveux au « profit des organes de la génération; et tandis que chez les jeunes « filles qu'épargnent les pâles couleurs, cette concentration pre- « mière et momentanée du système entier des forces vers l'utérus « est bientôt suivie d'une surabondance et d'une expansion « rayonnantes de vie générale, chez celles qu'atteint la chlorose, « cette compensation ne se fait pas; et l'utérus, centre de tant « d'efforts, languit lui-même et ne peut entrer en possession de « ses importantes attributions; il ne rend pas l'influence dont « il dépouille les autres organes. »

Il ne serait pas impossible, dans ce cas, que l'altération qui existe dans la composition du sang des chlorotiques ne fût la conséquence d'une autre modification morbide ayant primitivement son siége dans le système nerveux.

Symptômes et complications. — Les symptômes de la chlorose sont très-nombreux, et il suffit de les considérer un instant pour s'assurer qu'un trouble général se fait sentir dans toutes les fonctions principales de l'économie. — Ainsi, l'innervation, la nutrition, la circulation et les divers sécrétions nous offrent des modifications que nous aurons à étudier en détail.

Lésions de circulation. — La peau est décolorée et ressemble à de la cire vierge colorée en vert ou en jaune très-pâle ; quelquefois elle acquiert une teinte plombée. — Les conjonctives, l'orifice des narines, les lèvres, la muqueuse buccale, sont également décolorés. Les paupières, le pourtour des lèvres, les ailes du nez, la partie supérieure du cou, présentent une teinte pâle et blafarde plus prononcée que dans les autres régions. Une expression remarquable de langueur se dessine dans les traits de la malade; parfois la face est bouffie, les extrémités inférieures infiltrées. Le pouls plus petit, plus dépressible, est ordinairement plus fréquent, et il le devient d'autant plus que la faiblesse augmente. Le système veineux sous-cutané est peu apparent; assez souvent on rencontre une chaleur fébrile à certaines heures de la journée. Des bruits de souffle divers se font entendre au moyen de l'auscultation à la région précordiale ; ces bruits n'existent pas toujours, ni à toutes les époques de la maladie. Ils ont reçu les noms de ronflement, de soufflet simple ; ils se continuent dans le système artériel, ou dans les gros vaisseaux, tels que l'aorte, les carotides, les artères sous-clavières, les artères crurales, où on peut assez facilement les reconnaître. On y remarque même un bruit particulier qui a été désigné par M. Bouillaud sous le nom de bruit de diable. L'impulsion du cœur est en général forte et donne lieu à un bruit ordinairement plus éclatant que dans l'état normal. Les battements de cet organe sont quelquefois faibles, irréguliers; mais le plus souvent ils sont intenses, s'entendent dans une grande étendue de la poitrine, et s'accompagnent de bourdonnements dans la tête. Un des phénomènes les plus communs, c'est l'existence des palpitations; elles sont parfois tellement fortes qu'elles occasionnent de la douleur à la région épigastrique. Les exercices, les émotions les augmentent. On observe quelquefois encore diverses hémorrhagies, telles que épistaxis, flux hémorrhoïdal, méléna, hématémèse, etc., coincidant assez souvent avec l'écoulement menstruel. Parfois ce sont des déviations du cours ordinaire des règles, et elles ont généralement lieu sans que les organes sur lesquels elles s'effectuent aient subi une altération appréciable. Le sang des règles est pâle et roussâtre.

La respiration éprouve constamment un trouble qui suit celui de la circulation; il y a des étouffements, de l'anhélation à la moindre fatigue corporelle.

Lésions de sécrétions. — Il est des chlorotiques chez lesquelles la menstruation a lieu comme à l'état normal; mais c'est l'exception. Le plus souvent il y a des changements dans cette fonction,

soit de la dysménorrhée, soit de l'aménorrhée. Plus la chlorose est avancée, plus l'aménorrhée est complète. Il peut aussi survenir une leucorrhée habituelle. L'aménorrhée ne se montre en général que lorsque d'autres symptômes ont déjà annoncé la chlorose. Les malades sont souvent constipées; quelquefois cependant il survient une diarrhée verdâtre provenant ordinairement d'une mauvaise élaboration des aliments; les urines sont pâles, parfois troubles, et alternativement rares et abondantes. La peau est sèche; la transpiration cutanée est presque nulle.

Lésions de nutrition. — On observe le plus souvent un amaigrissement général; les chairs sont molles et flasques; il y a fatigue au moindre exercice musculaire, et les malades éprouvent de la répugnance pour toute espèce de mouvement; des lassitudes spontanées se font même souvent remarquer. Le cœur, dont les tissus sont mous et flasques, acquiert assez souvent une augmentation de volume. La faiblesse musculaire est un des premiers symptômes de la maladie. Il est des malades qui ne savent pas marcher, ni surtout monter les escaliers; d'autres, quelque faibles qu'elles soient, dansent néanmoins toute la nuit au bal. Pour l'explication de ce fait, il faut sans doute faire intervenir l'action puissante du système nerveux.

Le tube digestif est le siége de désordres variés: il y a peu d'appétit, répugnance pour les aliments, dépravation du goût (pica, malacia); il en est qui désirent des aliments et qui éprouvent ensuite de la dyspepsie : une nourriture trop douce ne leur plaît pas, elles recherchent les aliments de haut goût. Il existe quelquefois des douleurs nerveuses à l'estomac, rarement des gastrites. Les malades se plaignent, dans certains cas, de nausées. Le ventre est tendu et fait entendre des borborygmes très-sonores. Les digestions sont habituellement lentes et pénibles. Les femmes sont ordinairement stériles.

Lésions d'innervation. — Les chlorotiques sont d'une tristesse passagère ou continuelle; celle-ci peut devenir grave et dégénérer en mélancolie, et même en aliénation mentale, bien que de tels exemples soient assez rares. Il en est qui recherchent le monde avec assez d'avidité, mais généralement elles mettent tous leurs soins à le fuir; elles sont fantasques, capricieuses, et s'irritent à la moindre contrariété. On remarque des bâillements fréquents, surtout après les repas, des crampes dans les extrémités. Les chlorotiques éprouvent habituellement des douleurs de tête, un sentiment de pesanteur à la nuque, au fond des orbites, sur les parties latérales du cou; elles ressentent assez souvent des maux

de reins qui augmentent chaque mois à certaines époques fixes; il existe aussi des douleurs articulaires qui se portent principalement aux genoux et aux chevilles, et qui pourraient simuler le rhumatisme. On observe également un état de langueur générale, d'insouciance, tantôt un engourdissement moral, tantôt une susceptibilité extrême. Les malades éprouvent quelquefois des frayeurs subites et sans motif, et ont une tendance continuelle au sommeil. On remarque encore chez plusieurs sujets des symptômes hystériques et des douleurs névralgiques à type ordinairement irrégulier.

Lésions du sang. — Je n'entrerai ici dans aucun détail sur l'état du sang dans la chlorose. J'ai déjà eu l'occasion d'en parler ailleurs.

Nous devons insister maintenant sur quelques-uns des symptômes que nous n'avons fait qu'énumérer. Il en est plusieurs qui sont assez graves pour attirer à eux seuls presque toute l'attention, bien que l'on ne doive pas perdre de vue qu'ils ne sont le plus souvent qu'un effet de la maladie principale. De ce nombre sont d'abord les différents troubles du système nerveux. L'hystérie et les spasmes que les jeunes filles chlorotiques éprouvent au commencement de cette maladie sont un des signes de la chlorose; ils cèdent assez facilement aux préparations martiales. Les convulsions hystériques se montrent cependant généralement plus rebelles à ce genre de médication que les spasmes essentiels. Suivant MM. Trousseau et Pidoux, les névralgies sont un symptôme à peu près constant, puisque, d'après eux, on les rencontre dans les dix-neuf vingtièmes des cas; elles se manifestent tantôt par des douleurs de tête, fixées aux sourcils, aux tempes, à la région malaire, aux dents, en un mot, s'irradiant le long des nerfs trijumeaux et de leurs ramifications. Tantôt aussi elles se manifestent par des douleurs d'estomac, dans les jambes, le long des nerfs sciatiques et de leurs rameaux, et tantôt enfin dans les branches du plexus lombaire abdominal. Ces douleurs sont fugaces et se succèdent souvent l'une à l'autre.

Le fer guérit assez bien ces diverses névralgies liées à la chlorose; cependant lorsque la névralgie est le caractère prédominant de l'affection, les martiaux en font plus difficilement justice que dans la chlorose simple.

Les femmes chlorotiques présentent souvent des gastralgies qui affectent des caractères particuliers; elles sont rarement continues dans le principe, reviennent à des intervalles de deux ou trois jours. A mesure que la maladie avance, les accès se rapprochent, se reproduisent tous les jours, et quelquefois plu-

sieurs fois dans l'espace de vingt-quatre heures. L'ingestion des aliments provoque surtout la réapparition des douleurs de l'estomac, qui ont souvent lieu deux ou trois heures après les repas. Il arrive aussi que les malades éprouvent la sensation d'un poids à l'épigastre; d'autres fois ce sont des tiraillements comme s'il existait une gêne très-forte; ou bien encore des crampes, un sentiment de chaleur incommode qu'elles rapportent à la même région. Elles se plaignent encore de douleurs qu'elles ressentent derrière le sternum, dans le dos, à la hauteur de l'estomac, et qui sont accompagnées fréquemment d'une gêne, d'une oppression qui se décèlent par de longues inspirations, de fréquents bâillements, et par le besoin de desserrer les vêtements qui comprimment trop fortement la région épigastrique. La digestion semble cependant n'avoir éprouvé aucune modification, et l'estomac ne rejette pas les aliments, surtout dans le principe de la maladie. Mais lorsque la chlorose est assez avancée, que la gastralgie date de quelque temps, on voit survenir des dérangements plus ou moins notables dans les fonctions digestives : les selles deviennent rares, les matières fécales très-dures, et la malade se plaint de fréquentes coliques.

Lorsque la gastralgie tient comme effet à la chlorose, elle cède facilement aux préparations de fer; tandis qu'elle s'aggrave souvent sous leur emploi lorsqu'elle existe à l'état de complication. Il est de la plus haute importance de ne pas confondre la gastralgie liée à l'affection chlorotique avec une gastrite chronique qui existerait comme complication. On comprend en effet que dans ce dernier cas les préparations martiales pourraient nuire en aggravant la phlegmasie viscérale. Voici l'indication des principaux symptômes différentiels de la gastrite chronique et de la gastrite liée à la chlorose, soit comme complication, soit comme effet. Dans la gastralgie, la gêne produite par les aliments sur l'estomac n'arrive ordinairement que quelques heures après les repas; ceux-ci sont souvent suivis d'un sentiment d'oppression qui se décèle par de profondes inspirations, par des bâillements, ou par le besoin de desserrer les vêtements; l'appétit est souvent conservé, quelquefois perverti; l'estomac est ordinairement le siége de tiraillements qui se font particulièrement sentir avant les repas. Quelquefois les douleurs s'étendent jusque derrière le sternum. La digestion paraît intacte; les vomissements sont assez rares; la soif est nulle; la langue est blanche, épanouie, humide. Mais un caractère surtout essentiel, c'est que la douleur de l'estomac disparaît souvent pour alterner avec d'autres névroses, soit de la face, soit de la tête; phénomène que l'on ne rencontre jamais dans la

gastrite chronique, et qui prouve que cette affection est nerveuse. La malade atteinte de gastrite chronique, au contraire, éprouve toujours un dégoût pour les aliments ; une douleur plus ou moins vive se fait constamment sentir immédiatement après les repas ; les digestions sont difficiles, assez souvent suivies de vomissements, d'aigreurs, de diarrhée et de dépérissement. La langue est rouge sur les bords et à sa pointe ; celle-ci est souvent effilée, quelquefois pointillée ; elle est recouverte à son centre d'un enduit jaunâtre, quelquefois blanchâtre, plus ou moins épais ; presque toujours elle est sèche, râpeuse et fendillée.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher der K. K. OEsterreichischen Staates.

(Analyse par le docteur Biver.)

AOUT 1844. (Suite.)

45. *Sur le thé;* par le professeur Pleischl.

Dans cette deuxième division de son travail, l'auteur donne d'abord la partie chimique, les analyses de Mulder, de Péligot, qui trouve que la quantité d'azote contenue dans le thé est supérieure à celle renfermée dans tous les végétaux examinés jusqu'ici.

Selon Pleischl, c'est encore le bicarbonate de soude qui doit, comme dans la préparation du café, fournir les qualités principales de cette boisson si recherchée. Les Mongols, les Tartares, les habitants de Cachemire, avaient déjà deviné l'art de préparer le thé le plus confortable.

Liebig trouve que le thé doit être nourrissant, parce qu'il contient de l'azote et du gluten.

Ancell prétend que le thé rend bilieux.

Les observations des premiers praticiens ont démontré que dans les pays où l'usage du thé est très-répandu, comme en Angleterre et en Hollande, toutes les maladies qui ont pour cause l'amollissement, la faiblesse, sont prédominantes, surtout chez les femmes : telles sont, entre autres, les leucorrhées opiniâtres.

Inde chlorosis frequentissima, abortus frequentes, fluor albus, languores puerperarum, etc., dit Van Swieten en parlant du thé.

Le thé excite la sensibilité nerveuse à un haut degré ; mais il affaiblit très-fort l'appareil digestif.

Vient ensuite cette question : Le thé peut-il être considéré comme boisson alimentaire? La conclusion est non.

Les Chinois eux-mêmes préparent une potion vomitive avec le thé; ils prétendent que le thé noir contient certains principes narcotiques.

Percival a fait remarquer que le thé frais agit sur les nerfs comme l'opium ou la jusquiame, et que, sur le cœur et sur les artères, il agit comme la digitale.

Buechner, dans sa *Toxicologie*, dit que les ouvriers de la Compagnie des Indes orientales, qui sont employés à la manipulation du thé, deviennent la plupart paralytiques en peu d'années; que les émanations du thé occasionnent des maux de tête, des étourdissements, des vertiges.

Langstaedt raconte qu'un riche commissionnaire en thé, ayant examiné et flairé en un jour plus de cent caisses de thé, fut pris de vertiges, de céphalée, et de rhumatisme universel; qu'il perdit même la parole et la mémoire, et qu'il ne se rétablit jamais parfaitement; que la faiblesse alla en augmentant, et qu'il finit par mourir apoplectique.

On dit que même les Chinois qui sont employés à la récolte du thé en sont étourdis. *(La suite plus loin.)*

46. *Sur les lames de scie pour les opérations chirurgicales*; par le docteur Melicher, à Vienne.

L'auteur a inventé une nouvelle scie, qui en sera une de plus pour les élèves en chirurgie.

La partie mécanique est très-bien raisonnée. Cette scie doit avoir ses avantages.

II.

Suite de l'*Histoire de l'Université de Vienne*; par Rosas.

En 1569, les pharmaciens et les chirurgiens opérateurs de toute espèce furent soumis à un serment qui devrait bien encore être exigé sous certains rapports.

Suite de l'*Histoire, etc., des Etablissements sanitaires de Prague*; par Nowak.

Suite de l'*Exposé des Etablissements sanitaires de l'archiduché d'Autriche*, etc.; par Streinz.

Suite du *Rapport clinique sur les malades traités pendant l'année scolaire* 1841-1842; par le professeur Schuh.

Fin du *Rapport scientifique sur la clinique chirurgicale de Prague, pendant l'année scolaire* 1840-1841; par le profes. Engel.

Suite du *Rapport sur les événements de la Maternité pour les payantes, à l'Hôpital-Général de Vienne, en* 1843; par Mikschik.

Suite du *Rapport médical sur la prison provinciale de Vienne, année militaire* 1842-1843; par Haller.

Suite du *Coup d'œil sur les malades traités à la clinique ophthalmologique de Vienne pendant l'année scolaire* 1842-1843; par le docteur Seidl.

Rapport annuel sur la division des maladies de la peau placée sous la direction du médecin en chef Skoda, à *l'Hôpital-Général de Vienne*; par Hebra.

Suite de la *Description physico-médicale du duché de Salzbourg*; par Ozlberger.

III.

Rien de neuf dans ce paragraphe et le suivant.

SEPTEMBRE 1844.

47. *Renseignements sur le système vasculaire de l'hypochton de Laurent*; par le professseur Hirtl, à Prague.

48. *Matériaux pour la psychiatrie*; par le docteur Gustaw Williyk, de Prague.

L'auteur donne comme résultats de sa longue expérience les conclusions suivantes :

1° Séparation des deux sexes;

2° Séparation des fous tranquilles et propres d'avec les fous méchants, malpropres, ou épileptiques;

3° La possibilité de les isoler complètement;

4° Des moyens coërcitifs réguliers;

5° Occupations des aliénés, et leurs variétés;

6° Séjour et mouvement à l'air libre;

7° La musique;

8° La lecture, la distraction au moyen du jeu;

9° Instruction commune;

10° Influence religieuse de la part du prêtre, et service divin en corps;

11° Service intérieur bien intelligent;

12° Séparation des convalescents d'avec les autres;

13° Précautions et existence assurée pour les guéris.

Par ces 13 conclusions, on voit que l'auteur n'est pas sur tous les points d'accord avec les psychiatres de l'Angleterre surtout : il est resté dans ses habitudes une certaine trace de sa prédilection pour le régime militaire autrichien.

49. *Sur la fièvre puerpérale qui a sévi dans la Maternité de Graetz*; par le professeur Schoeller.

L'encombrement et surtout les émanations diverses, si abondantes, semblent être la cause de la fréquence et de l'intensité de la fièvre puerpérale.

Remarque. Nous croyons pouvoir émettre une opinion qui, nous n'en doutons pas, trouvera des contradicteurs nombreux ; et pourtant elle est conforme à notre observation.

L'abus que l'on fait du seigle ergoté est, selon nous, une cause active de la fièvre puerpérale. Cette maladie, à laquelle l'encombrement et les émanations donnent un caractère de gravité extrême, s'est depuis quelque temps introduite dans les maisons particulières, chez toutes les classes.

Rien n'est plus fréquent, en médecine, que l'engouement : tout le monde veut faire preuve de connaissances, tout le monde veut paraître au courant de la littérature. A peine un remède est-il préconisé par un journal en réputation, par un praticien haut placé, par un professeur éloquent, que chacun se hâte de l'adopter, et de renier les anciennes connaissances d'une vertu éprouvée. Des raisonnements anatomo-physiologico-pathologiques très-subtils démontrent l'infaillibilité du nouveau Prothée, et tout le monde de chanter à l'unisson les louanges d'un médicament qui, à son tour, sera expulsé du forum par un autre : il en sera de même du seigle ergoté.

Les qualités nuisibles de ce grain malade sont connues depuis longtemps ; donc c'est un médicament. Cette substance est un poison violent qui anéantit toute organisation ; donc c'est un médicament héroïque. Il est curieux de ne voir attribuer par excellence les qualités médicinales qu'à des corps capables de détruire toute l'harmonie des fonctions.

Le seigle ergoté ne nous a jamais rendu aucun service, il a toujours échoué entre nos mains et entre celles de nos collègues quand nous avons été présent : aussi avons-nous renoncé à son usage.

Si le seigle ergoté possède la vertu de provoquer la contractilité des fibres utérines, nous pensons qu'il détermine une résistance proportionnée dans les fibres du col. Voilà une double lutte d'efforts ; et nous pourrions nous en tenir à ce simple raisonnement, tout aussi physiologique qu'un autre, dont chacun saura tirer les conséquences.

50. *Luxation de la sixième vertèbre cervicale*, suivie de quelques remarques sur les luxations des cinq vertèbres cervicales inférieures ; par le docteur Melicher, à Vienne.

Le docteur Melicher nous dit qu'il faut imiter Salicet, Chauliac, Heister, Dessault et Dupuytren, et abandonner ces cas à la nature.

51. *Sur le thé*, sous les rapports chimique et hygiénique, etc. ; par le professeur Pleischl. *(Fin.)*

Ce dernier article n'est qu'une récapitulation de ceux qui l'ont

précédé. L'auteur pense que l'usage du thé a le double inconvénient d'énerver les populations européennes et de les appauvrir de sommes considérables qui ne peuvent plus leur revenir. C'est sans doute l'attraction exercée sur les Anglais par l'or sorti de leurs coffres, qui leur a fait entreprendre la guerre philosophique de la Chine dans ce siècle de lumières et de philanthropie !

52. *Complication d'affections organiques du cœur et de l'aorte avec la phthisie, la cardite et la péricardite. Terminaison par l'hydropisie; autopsie; épicrise;* par le docteur Fuhrmann.

L'auteur cherche à démontrer par une observation complète que le cœur peut être affecté d'inflammation, et que cette inflammation peut parcourir ses diverses phases.

53. *La pneumonie contagieuse de la race bovine dans l'Oberinnthal*; par A. Nagy, à Imst (Tyrol).

Bonne description, mais aucune observation nouvelle.

II.

Suite de l'*Histoire de l'Université de Vienne*; par Rosas.

Suite de l'*Histoire, etc., des Etablissements sanitaires de Prague*; par Nowak.

Suite de l'*Exposé des Etablissements sanitaires de l'archiduché d'Autriche et du duché de Salzbourg*; par Streinz.

Suite du *Rapport clinique sur les maladies traitées pendant l'année scolaire* 1841-1842; par Schuh.

Fin du *Rapport sur les événements survenus à la Maternité pour les payantes, en* 1843; par Mikschik.

Suite du *Rapport sur la prison provinciale de Vienne pendant l'année militaire* 1842-1843.

Suite du *Coup d'œil sur les malades traités à la clinique ophthalmologique de Vienne, année scolaire* 1842-1843; par Seidl.

Suite du *Rapport annuel sur la division des maladies cutanées du service du docteur Skoda*; par le docteur Hebra.

Rapport annuel sur la division de chirurgie à l'hôpital de Wieden, à Vienne, 1843; par Lorinser.

Suite de la *Description physico-médicale du duché de Salzbourg*; par Ozlberger.

III.

Le médecin et l'instituteur de la jeunesse; par le chevalier de Vering; analyse par Noda.

Rien de remarquable; bons préceptes.

IV.

Progrès de la législation médicale dans l'empire d'Autriche, en 1842 et 1843.

OCTOBRE 1844.

108. *Amaurose, suite de syphilis, guérie par l'usage de la décoction de pollini;* par CRUSIZ.

Pr. : *Cort. nuc. jugland. lign. rudit. tuss.* . . . . . ℥x
Macer. per duodecim horas in aqua fervida ; dein. adde :
Rad. sassaparill. . . . . . } *āā* ℥j
Chin. nodos. . . . . . }
Antimonii crudi . . . . . } *āā* ℥ß
Lapid. punic. petia ligat. . . . . . }
Coque E. aqua fontan. . . . . . ℔x
In vas. bene claus. per tres horas.
Coctio continuit. deinde pet. abject. usque ad resid. ℔ij

A prendre une livre matin et soir, pendant 21 jours, de cette liqueur non filtrée.

Remarque. Il faut avouer qu'un courage surhumain est nécessaire pour prendre un breuvage pareil, dont le célèbre Rust aurait bien dû nous dire quelles sont les formations et les transformations, et quelles sont les substances qui restent; combien l'art y a développé et fait disparaître de substances et de qualités.

109. *Méléna inflammatoire très-violent, guéri par les purgatifs*; par le même.

110. *Quelques mots sur la formation du staphylôme de la cornée transparente à la suite des blennorrhées des yeux*; par le docteur HAVRANECK. (1).

Les conclusions tirées de trois observations sont :

1° Beaucoup de staphylômes, suites de blennorrhées ophthalmiques, sont des staphylômes faux de la cornée ;

2° L'enveloppe véritable de la tumeur est formée par l'iris et par une formation nouvelle, produit de l'inflammation exsudatoire plastique;

3° Probablement tous les staphylômes suites de blennorrhées ophthalmiques sont des staphylômes faux de la cornée ;

4° La destruction de la cornée est une condition indispensable de ces sortes de staphylômes ;

5° Pendant la formation du staphylôme faux de la cornée , on remarque trois phénomènes pathologiques qui sont :

a) L'inflammation de l'iris et l'adhérence immédiate des bords pupillaires extérieurs, et parfois de ceux-ci avec la capsule antérieure ;

b) La prépulsion de l'iris par l'humeur aqueuse ;

c) L'exsudation d'une lymphe plastique à la surface de l'iris.

(1) Cette note a été lue dans la réunion des médecins de Lemberg, en 1842.

6° Un staphylôme faux de la cornée se forme plus facilement chez un individu peu sensible, parce que chez celui-ci la blennorrhée ophthalmique est accompagnée de contraction spasmodique des muscles du globe de l'œil ; ce qui occasionne facilement une rupture de la cornée ramollie et l'écoulement de l'œil ;

7° Un staphylôme arrondi de la cornée n'est en conséquence qu'une hernie de l'iris recouverte d'une enveloppe, quelle que soit la cause occasionnelle inflammatoire.

111. *Cas rare d'exophthalmie* ; par le même.

112. Suite de la relation du docteur Sigmund sur l'Irlande et l'Ecosse.

113. *Sur les perforations de l'estomac ;* par Jullich, à Prague.

114. *Le système veineux représenté dans ses affections morbides ;* par Puchelt.—Ouvrage des plus remarquables. Analyse par le docteur Pissling.

115. *Rupture de l'utérus, section de l'abdomen, guérison ;* par le docteur Kuhne (de Weyer) en Autriche.

Une femme de 32 ans, mère de six enfants, qu'elle avait mis au monde sans accident, mais avec beaucoup de difficulté, arrivée au terme d'une septième grossesse, ressentit les premières douleurs ; la poche des eaux se rompit, et l'amnios s'écoula. Les douleurs étaient vives, et le travail avançait lentement à cause de l'angustie pelvienne. La sage-femme, appelée, fit des frictions avec un liniment, malgré les douleurs et un travail très-actif : tout à coup, dans un violent effort de parturition, la patiente ressentit un mal intense dans le côté droit, et en même temps le travail alla en diminuant. L'auteur fut appelé vers les 5 heures du matin. Il trouva la femme alitée, la face injectée ; les yenx étaient brillants ; la soif était grande ; il y avait des vomissements et une toux fréquente. La chaleur de la peau était augmentée ; une sueur gluante couvrait tout le corps ; le pouls était dur, plein : 95 pulsations par minute ; le ventre avait le développement voulu, mais il était très-douloureux. Derrière la ligne blanche, sous le nombril, on reconnaissait, quoique avec difficulté, les membres arrondis du fœtus : on ne pouvait découvrir le pouls fœtal ; cependant les mouvements en avaient encore été perçus quelques heures auparavant. Au toucher, Weyer trouva la tête dans la première position et facile à atteindre ; le volume en était petit, et le travail avait totalement cessé. La femme avait éprouvé un sentiment de déchirure au moment où elle ressentit la douleur du côté. L'auteur, étant dans le doute, prit le parti de temporiser ; il prescrivit : *mixtura oleosa cum extr. hyosciami*, puis du borax avec le seigle ergoté ; il fit faire des embro-

cations avec l'huile de jusquiame sur le ventre. Ces remèdes furent continués pendant 8 heures sans faire diminuer la douleur ni recommencer le travail. Une nouvelle exploration donna le résultat suivant : mêmes symptômes qu'auparavant : pouls augmenté jusqu'à 100; le bas-ventre, derrière la ligne blanche, présentait, d'une manière facile à reconnaître, les parties du fœtus. La tête était remontée au-dessus du détroit et il était impossible de l'atteindre. Certain alors qu'il y avait rupture de l'utérus à la paroi antérieure, l'auteur proposa l'opération césarienne comme moyen unique de salut. La malade y consentit de suite. L'opération eut lieu selon les règles. L'enfant et le placenta furent extraits par la plaie : l'enfant était mort; mais au bout de six semaines, la mère, parfaitement guérie, reprit ses occupations ordinaires.

116. *Deux cas de guérison de tétanos traumatique;* par Carl Weinhold, à Jagernheim.

Le traitement consistait en saignées, en administration du calomel à la dose de 8 grains par jour.

117. Continuation de la *Relation sur l'Irlande et l'Écosse;* par Sigmund, à Vienne.

118. *Fracture du crâne avec un enfoncement des fragments, guérison;* par le docteur Kuhne (de Weyer) en Autriche.

119. *Autre cas de guérison de tétanos;* par le docteur Weinhold, à Jagernheim.

Même traitement qu'au numéro 116.

120. *Déformation remarquable du corps chez une femme grosse;* par le professeur Pfau, à Lemberg.

121. *Hypertrophia cornea épithelii papillarum linguæ ;* par le docteur Kacsander, à Miskolcz.

122. *Larves d'insectes trouvées dans l'urèthre d'un homme;* par le docteur Hermann, à Vienne.

123. *Hypertrophie excentrique du cœur, accompagnée d'exsudation plastique à la face supérieure de la valvule bicuspide, à la suite d'une compression violente exercée sur le thorax;* par le docteur Floegel.

124. *Dégénérescence médullaire sarcomateuse de l'intestin cœcum;* par le même.

125. *Matériaux relatifs à la médecine légale pour les blessures du cou;* par le professeur Fritz, de Vienne.

126. *La fièvre des chaudronniers;* par le docteur Plaseller.

127. *Cercle de lecture du corps enseignant de l'Université de Vienne et des médecins en chef de l'Hôpital-Général; son organisation.*

128. *Sur l'usage de la poudre du frère Cosme dans les ulcères;* par le docteur Melion.

129. *Certificat judiciaire sur un malade atteint de dyslalie, de scalorrhée et de dysphagie;* par le professeur Fritz.

130. Suite des communications du docteur Sigmund sur l'Irlande et l'Écosse.

131. *L'extrait de belladone dans les inflammations de la gorge;* par le docteur Papper, à Winterberg.

Le docteur Papper recommande fortement l'usage de l'extrait de belladone dans toutes les inflammations de la gorge; il le donne à la dose de 1/8 à 1/6 de grain en poudre, avec du sucre, toutes les 2 ou 3 heures, quel que soit le degré de la maladie, et toujours avec succès; il laisse boire de l'eau, et lorsque l'inflammation est trop forte, il applique des sangsues. C'est aux homœopathes qu'il a emprunté sa thérapeutique; il a seulement forcé la dose.

Les homœopathes nous ont fait, dit l'auteur, connaître un excellent médicament; les homœopathes libéraux méritent d'être étudiés.

132. *Gangrène du pied gauche;* par le docteur Schaffer, à Olmutz.

Chez une personne âgée de 75 ans, il y eut gangrène du pied gauche et fracture du col du fémur du même côté. La fracture a été guérie avec un notable raccourcissement, ce qui occasionna plus tard la gangrène sénile, et par suite la mort.

133. Suite de la relation du docteur Sigmund sur l'Irlande et l'Écosse.

134. *Scrofulose guérie par le sublimé;* par le docteur Jeitteles, à Prague.

La demoiselle N., fille de parents bien portants, mais probablement devenue scrofuleuse par le lait d'une nourrice affectée de cette maladie, car elle en présentait le cachet depuis la naissance (or, la scrofulose qui a été communiquée par la nourrice est difficile à étudier); la demoiselle N., disons-nous, était âgée de 14 ans. Elle était née à la campagne; elle était d'une constitution lymphatique, d'un habitus scrofuleux marqué; les glandes mésentériques étaient faciles à sentir à travers les téguments de l'abdomen; la peau était rude, affectée de prurigo: dès son enfance, elle souffrit de glandes au cou; depuis deux ans, elle avait la tête inclinée vers l'épaule droite; elle ressentait une forte douleur dans la région des deuxième et quatrième vertèbres cervicales: celles-ci elles-mêmes semblaient gonflées; l'attouchement en était très-douloureux. Il en était de même de la tête: la malade ne pouvait essayer de la redresser sans éprouver de violentes douleurs et

même des convulsions. Les céphalalgies qui se manifestaient de temps en temps étaient poignantes, forantes, surtout vers les pariétaux et le front. Cette région était couverte d'une forêt de cheveux extrêmement crépus, au point que la tête ressemblait à celle d'une personne affectée de plique; il fallut en enlever des paquets de cheveux. — C'est surtout là que la douleur était violente, au point de faire crier la malade. Aux environs de cette région existaient des tumeurs considérables qui cédaient à la pression; le cuir chevelu était d'une grande sensibilité sous ces cheveux qui eux-mêmes semblaient la partager. La digestion était en même temps pénible, les selles irrégulières; le pouls était lent; la sueur répandait une mauvaise odeur. Les souffrances allaient souvent jusqu'à provoquer des convulsions.

Jeitteles, considérant l'ensemble de ces phénomènes comme une scrofulose, administra des antimoniaux, le carbonate de soude, l'or, la ciguë, l'huile de foie de morue (quoique, dit-il, cette dernière ne semble avoir d'action que dans les cas où les muqueuses sont scrofulosées) (1) : l'eau des sources d'Adelhaide, la méthode de Lugol par les bains, une diète convenable, furent prescrites, ainsi que le séjour à la campagne; et cependant, dans l'espace de neuf mois, il n'obtint qu'une légère amélioration dans la nutrition et dans le facies. Il se décida, en conséquence, à envoyer la patiente à Tœplitz, où elle continua à boire de l'eau de la source d'Adelhaide. Après un séjour de six semaines, pendant lesquelles elle fit usage des bains et des boues, l'état de la patiente s'améliora à tel point, qu'elle s'en retourna guérie en apparence: l'appétit et les forces étaient revenus; mais, un mois après, l'ancien mal recommença à se montrer. Fortement sollicitée par les parents, le docteur Jeitteles recourut à la méthode métasyncrétique, c'est-à-dire au sublimé, dont les vertus altérantes étaient si bien connues des anciens, et recommandées. Lui-même avait fréquemment fait usage de ce médicament. Il commença par $^1/_{20}$ de grain une fois par jour; après huit jours, il donna quotidiennement deux doses semblables. Bientôt après, une sueur d'une odeur rance couvrit tout le corps; elle continua longtemps. Les glandes du cou disparurent; mais celles de la tête et les céphalalgies se maintinrent. Le docteur Jeitteles n'hésita pas à continuer le sublimé jusqu'à la disparition de toutes les glandes; puis il prescrivit : *Spirit. sulfuric.; æther mart.*, ℥℥ D : S., 2 fois par jour, 10 à 15 gouttes. — Après onze

(1) Nous avouons ingénument que jusqu'à ce jour nous avions cru que la scrofulose consistait dans une diathèse ou dans un ensemble scrofuleux : nous avions jusqu'ici pensé que les membranes pouvaient être ou ne pas être scrofulosées dans une scrofulose.

mois de ce traitement, cette constitution, véritablement vermoulue, était complètement restaurée et d'une manière durable.

Remarque. Malgré tout le respect que nous professons pour le docteur Jeitteles, nous devons le dire, il a livré au public une observation au moins incomplète; il nous laisse ignorer tous les changements qui sont survenus et qui ont dû survenir chez une jeune fille de 14 à 16 ans, *avec*, *par*, *sans* et *malgré* Tœplitz et le sublimé.

133. *L'émétique à haute dose contre la fièvre intermittente*; par le même.

Un ecclésiastique âgé de 47 ans, qui depuis son enfance avait été souvent atteint de maladies, demeurait dans une contrée marécageuse; il habitait près d'un cimetière. Cet ecclésiastique sacrifiait copieusement à Bacchus, comme le témoignait son nez. Il fit demander le docteur Jeitteles, qui le trouva dans l'état suivant: face décomposée, bouffie; œil abattu, mort; extérieur hépatique; tremblement de la tête et des extrémités, douleurs dans l'hypochondre gauche, sentiment d'un léger fourmillement dans la vertèbre inférieure du dos, anéantissement complet de la vie végétative.

La digestion n'était pas diminuée dans la proportion de ces symptômes; ce qui détermina Jeitteles à ordonner l'écorce du Pérou associée au calomel aromatique et au quassia. Plus tard, il prescrivit la quinine avec la poudre de racine de belladone, et le magister de bismuth; en lavement, il prescrivit du quinquina; pour boisson il donna du vin. Bientôt les accès cessèrent; mais il ne tarda pas à remarquer que la fièvre était devenue octane : l'accès revenait exactement tous les vendredis. L'écorce du Pérou fut encore continuée un certain temps à haute dose et sous diverses formes, mais sans aucun succès. Après mûre délibération, Jeitteles eut recours à l'émétique à haute dose; voici ses motifs : Depuis longtemps le patient était adonné aux boissons spiritueuses; la fièvre intermittente présentait des phénomènes qui annonçaient une excitation particulière du cerveau ; le tremblement des extrémités marquait une surexcitation des nerfs, et les effets des vapeurs méphytiques sur le corps étaient évidents, ils étaient surtout remarquables sur les nerfs des organes sécréteurs. Voulant satisfaire à toutes ces indications, Jeitteles donna six grains d'émétique par jour, et chaque fois il augmenta la dose de deux grains, le jour du paroxysme excepté. Aucune évacuation anormale n'ayant eu lieu, il continua l'émétique, en augmentant successivement la dose jusqu'à ce que le malade en eût pris en tout ʒ iv. Arrivé à ce point, les paroxysmes cessèrent.

Un régime convenable et un bon air rendirent bientôt les forces au malade, qui jouit à présent d'une santé parfaite.

Nous nous abstenons de toute réflexion.

136. *Melancholia intermittens tertiana, guérie par la solution arsenicale de Fowler;* par le même.

Une dame éprouvait des accès réguliers de jalousie et d'accidents nerveux tous les trois jours. Les moyens employés étaient restés sans effet. Jeitteles prescrivit la solution de Fowler à la dose de dix gouttes deux fois par jour, et quelquefois la dose fut augmentée de deux gouttes. Les bons effets qu'il obtint encouragèrent le médecin à continuer le remède pendant quelque temps, jusqu'à ce que l'amélioration eût commencé à rester stationnaire.

En cinq mois, la malade a été complètement guérie, même de la jalousie.

Voilà une trouvaille d'une valeur incalculable.

137. *Action curative remarquable de l'arsenic*; par le même.

Une dame riche, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, était parvenue à l'âge de retour; elle avait connu toutes les jouissances de la vie. — Voulant satisfaire religieusement aux devoirs conjugaux, elle vint consulter le docteur Jeitteles une première fois. Elle lui conta que depuis plusieurs années ses digestions se faisaient mal; qu'elle était alternativement tourmentée par de la constipation et de la diarrhée; qu'elle ressentait des douleurs fréquentes dans le bas-ventre, accompagnées de tiraillements pénibles dans le dos et dans la région sacrée. Cette dame avait perdu toute son ancienne fraîcheur; sa figure était pâle, sa peau avait jaunie; il survenait des dérangements fréquents dans la menstruation, en même temps que des douleurs et du gonflement des seins. La sécrétion vulvaire était continuellement mêlée de sang, et, en levant les couvertures du lit pour l'exploration, l'auteur fut frappé d'une odeur infecte. A la pression du bas-ventre, les douleurs intérieures augmentaient et s'étendaient jusqu'aux pubis, aux aines et vers la région sacrée. La patiente se plaignait en même temps d'une certaine pesanteur au rectum, d'une pression vers le bas du vagin et de lancements violents qui le traversaient. L'exploration intérieure fit voir que le col utérin et le museau de tanche étaient sensibles; qu'il existait à leur pourtour de nombreuses inégalités, des végétations en forme de choux-fleurs, et membraneuses. La complication résultant de la réunion de tous ces symptômes fit conclure à l'auteur qu'il y avait squirrhe avec disposition au carcinôme. Jeitteles resta comme anéanti devant ces symptômes, tant la déclaration du célèbre P. Frank, son professeur, « que le cancer de la matrice est incurable, » l'avait frappé. — Il ne voulut néan-

moins pas rester spectateur oisif : il prescrivit des bains tièdes, des injections calmantes avec la belladone et la ciguë en solution dans de l'eau de laurier-cerise, puis enfin l'iode, et une tranquillité absolue. Mais ni ces moyens, ni d'autres employés plus tard, tels que l'eau d'Adelhaide, l'iodure, le mercure soluble d'Hanemann, le carbonate de soude, l'or, ne purent calmer ni diminuer le mal. Dans cette position désespérée, Jeitteles eut l'idée de recourir à un moyen de bouleverser l'ensemble de l'organisme; et d'après Jahn, qui dit (dans sa *Matière médicale*, p. 397) « que l'arsenic administré à petites doses est, comme d'autres médicaments âcres et vénéneux, un puissant irritant et un attirant capable de produire un changement considérable dans tous les systèmes, » il commença à donner 1/20 de grain de la solution de Fowler. Cette dose n'ayant occasionné d'autre sensation qu'une légère chaleur à l'estomac, il augmenta après quelques jours; puis il prescrivit la solution suivante :

R. : Arsen. super. gr. jj;
Solve in aq. distill. ℥vj.
Md. S. matin et soir 15 gouttes.

Chaque jour, on augmenta de trois gouttes. — Ce traitement fut continué plusieurs mois. Bientôt les élancements cessèrent, le sentiment de pression sous le pubis se dissipa, le museau de tanche reprit sa forme naturelle, l'écoulement fétide disparut ; bref, plusieurs explorations ne laissèrent apercevoir aucun indice de la maladie : il ne resta qu'une menstruation surabondante qui diminua par l'usage du *liq. acidi Halleri.*

La malade avait pris en tout 22 grains d'arsenic. Cette cure date de trois ans, et la dame continue à jouir d'une santé parfaite.

138. *Absence de l'oreille droite et du pouce gauche* ; par le docteur Pluskal, à Lomnitz.

139. *Urticaria ephemera febrilis;* par le même.

140. *Empoisonnement extérieur par le suc des feuilles du mézéréon;* par le même.

Une fille s'était frottée la face avec des feuilles du daphné mézéréon ; elle a éprouvé tous les symptômes d'un *erysipelas bullosum* qui n'a cédé qu'au traitement antiphlogistique le plus énergique.

141. *Empoisonnement mortel par la céruse;* par le même.

La céruse en poudre, employée pour saupoudrer la tête teigneuse d'une jeune fille, occasionna un empoisonnement mortel. Cette poudre avait rapidement fait tomber la teigne.

Ne serait-ce pas une métastase de la matière tinéacée à l'intérieure du crâne qui aurait causé la mort? car l'auteur ne signale aucun des symptômes qui accompagnent les coliques saturnines.

143. Suite de la *Relation sur l'Écosse et l'Angleterre;* par le docteur Sigmund.

142. *Empoisonnement par l'acide sulfurique chez une personne adulte;* par le docteur Fritz.

Cet empoisonnement a été découvert par la scrupuleuse exactitude du vérificateur des décès, qui, ne trouvant pas les causes de la mort suffisamment motivées, fit intervenir la justice.

145. *Syphilis secondaire de la paupière, de l'oreille, des extrémités supérieures et du dos*; par le docteur Melion, à Freudenthal, traitée par la méthode de Weinhold.

144. *Constitution atmosphérique et épidémique de Vienne en avril* 1844; par le docteur Knolz.

146. Remarques sur l'article du docteur Fritz: *Organographie des cadavres des individus asphyxiés par la vapeur du charbon,* inséré dans la *Wochenschrift* de 1844, page 987; par le docteur Pepper.

Le docteur Pepper démontre par des extraits des leçons de feu le professeur Krombholz, de Prague, que les lésions observées par Fritz ont déjà été indiquées par ce célèbre professeur. *(Suum cuique.)*

147. *Constitution atmosphérique et épidémique de Vienne en mai* 1844; par le docteur Knolz.

148. *Hématurie chronique périodique;* par le docteur Wohl, de Prague.

Cette infirmité, qui avait duré pendant des années, céda à l'usage des styptiques.

149. *Typhus abdominalis superveniente tuberculosi pulmonum*; par le professeur Luschan, à Inspruck.

Cette observation tend à prouver qu'une tuberculose aiguë des poumons peut se développer pendant le typhus abdominal, sans que la mort s'ensuive.

150. *Notice nécrologique sur le docteur Bernard, directeur de l'École de médecine de Galati-Seraï, à Constantinople;* par le docteur Rigler.

OCTOBRE 1844.

34. *Sur le son amphorique et métallique de la cavité thoracique;* par le docteur Kolesko.

Le docteur Kolesko s'est donné beaucoup de peine pour élucider la théorie des sons que l'on entend dans la poitrine; il a cité Skoda, Fournet, Pfaff, Veith, Gahler, Barthe, Roges, Williams et autres. Il parvient à démontrer que l'auscultation est utile, et nous en sommes convaincu avec lui, quoique nous soyons loin

d'approuver ces explorations fatigantes que l'on a l'habitude de faire, et qui, en agitant les malades, en hâtant leur respiration et leur circulation, finissent souvent par présenter à l'oreille auscultante des bruits tout différents, capables de donner des indications fausses.

On devrait garder en toute chose une juste mesure.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1845-1846. — N° 1.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1845. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Renouvellement des présidents et des secrétaires des sections.

D'après les rapports des Sections, ont été nommés pour l'année 1845-1846, savoir :

Pour la première section.

Président, M. Fallot ; secrétaire, M. François.

Pour la deuxième section.

Président, M. Lombard ; secrétaire, M. Tallois.

Pour la troisième section.

Président, M. Verbeeck ; secrétaire, M. De Lavacherie.

Pour la quatrième section.

Président, M. Vleminckx ; secrétaire, M. Sauveur.

Pour la cinquième section.

Président, M. Dehemptinne ; secrétaire, M. Stas.

Pour la sixième section.

Président, M. Brogniez ; secrétaire, M. Thiernesse.

Rapports.

I. *Rapport de la Commission nommée, sur la demande de* M. Lambour, *pour l'examen d'un lit mecanique en fer, à l'usage des malades et des infirmes.* — M. Froidmont, rapporteur.

Les lits mécaniques à l'usage des malades et des blessés sont connus depuis longtemps. Il en existe à Bruxelles qui sont confectionnés par un sieur Deleeuw, et qui sont donnés en location. Ils ressemblent au modèle de Daujon, figuré dans le dix-huitième volume du grand dictionnaire des sciences médicales.

Le lit de Deleeuw a, sur ce dernier, l'avantage de laisser reposer le malade sur des sangles transversales qu'on peut renouveler à volonté.

Celui de M. Lambour, que votre Commission a été chargée d'examiner, est entièrement construit en fer et présente les perfectionnements suivants :

Le châssis peut se soulever dans la partie qui correspond au chevet, de manière que le malade soit sur son séant, et s'abaisser dans celle qui répond aux extrémités pelviennes, de façon que les jambes se trouvent pendantes et le sujet complétement assis.

Aux deux côtés du lit s'adaptent des appuis, et le malade se trouve placé comme dans un fauteuil.

Par des mouvements très-simples, il peut bientôt être remis dans une position horizontale.

Dans les lits mécaniques anciens, le patient est soulevé au moyen d'un treuil placé au pied de l'appareil, qui est mû au moyen d'un croisillon ; les cordes s'enroulent sur le treuil qu'un cliquet empêche de rétrograder. M. Lambour a perfectionné ce mouvement en plaçant le treuil sous le lit et en faisant exécuter la rotation à l'aide d'une vis sans fin, mue par une manivelle. Au moyen de ce genre de mécanisme, on obtient une grande force sans occasionner aucune secousse, et l'appareil qui soutient le malade est maintenu à la hauteur désirée sans encliquetage.

Le but que remplit le mécanisme du lit de M. Lambour est de donner les positions suivantes :

1° Enlever le malade en totalité, couché horizontalement, pour aller à la garde-robe ;

2° Elever le tronc plus que les jambes ;

3° Elever les jambes plus que le tronc ;

4° Tourner le malade sur l'un ou l'autre côté ;

5° Asseoir le malade les jambes horizontalement placées ;

6° Le malade couché sur un plan incliné, le tronc fléchi sur les cuisses;

7° Le siége bas, la tête et les pieds relevés;

8° Le malade assis dans le lit, les jambes placées horizontalement, incliné sur l'un ou l'autre côté;

9° Le corps sur un plan horizontal, les pieds bas;

10° Les genoux élevés, la tête et les pieds bas;

11° Pour prendre un bain;

12° La tête et les genoux élevés, le siége et les pieds bas;

13° Le malade assis comme dans un fauteuil.

De tous ces mouvements, celui dont l'idée appartient réellement à l'auteur, c'est de placer le malade dans la position assise et à peu près comme dans un fauteuil.

Quant au mécanisme du lit, il présente des avantages réels dus aux perfectionnements apportés aux anciens appareils.

Quoi qu'il en soit, la Commission, tout en reconnaissant le mérite de l'appareil de M. Lambour, a cru, dans ses conclusions, devoir tenir compte d'un vote récent émis par l'Assemblée, sur les décisions à prendre relativement à tout objet qui a rapport à une spéculation commerciale, et elle émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de s'occuper ultérieurement de la demande que vous lui avez soumise. (Adopté.)

II. *Suite de la discussion du rapport de la Commission concernant la proposition de* M. Seutin, *relative au traitement employé pour la guérison des fractures à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.* — M. Phillips, rapporteur.

Il est donné lecture d'une lettre relative à une assertion de M. Phillips :

A monsieur le Président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, tome IV, n° 9, page 626, contient une assertion erronée de M. le docteur Phillips, qu'il nous importe de rectifier; car si elle était vraie, elle ne dénoterait pas seulement une ignorance complète chez les internes, mais ferait encore suspecter leur bonne foi, leur délicatesse. Vous comprendrez, M. le Président, que nous ne voulons et ne pouvons permettre de semblables soupçons.

Voici cette assertion : « Un malade était en traitement à Saint-« Pierre pour une fracture de la jambe. M. Seutin le fait voir à « un des membres de la Commission : la fracture est comminutive, « compliquée; c'est un cas grave de la clinique, c'est un succès « pour la méthode. Notre collègue demande à voir la fracture :

« on ouvre l'appareil, on examine avec soin, on cherche, il n'y « avait pas de fracture. M. Seutin n'était pas coupable du fait ! »

Ce récit, nous le déclarons entièrement inexact, et nous croyons que l'exposé des faits suffira pour le démontrer. Un individu entra à l'hôpital Saint-Pierre pour des contusions à la partie externe et supérieure de la jambe gauche, suites d'un coup de pied de cheval. L'interne de garde reconnaît une crépitation sourde, il croit à l'existence d'une fracture de l'extrémité supérieure du péroné, et nullement à une fracture de la jambe ; il applique le bandage amidonné. Le lendemain, M. Seutin et M. Graux vinrent visiter un fracturé couché dans la même salle, ils virent aussi ce blessé qu'on leur présenta comme une fracture de l'extrémité supérieure du péroné, avec contusion. Le bandage fut ouvert, et ces messieurs s'assurèrent qu'au lieu de fracture, il n'y avait que diastase articulaire.

Tel est, M. le Président, l'exposé réel de ce qui s'est passé. Nous vous le demandons, nous en appelons à notre honorable professeur M. Graux, et nous en faisons juge l'Académie entière, ce fait a-t-il la gravité qu'a bien voulu lui accorder M. Phillips? A-t-on tenté, ainsi que le laisserait supposer l'article que nous avons lu dans le Bulletin, d'attribuer à la méthode amovo-inamovible un nouveau succès au moyen d'une erreur, d'un mensonge scientifique? Non, évidemment non, et M. Phillips, avant de lancer une accusation grave contre des personnes qu'il ne connaît pas, aurait dû se rappeler qu'un interne qui entre dans la carrière chirurgicale peut très-bien se tromper sur un diagnostic, sans que pour cela on soit obligé de rechercher dans l'erreur qu'il commet une mauvaise intention.

Dans l'espoir que vous daignerez apprécier notre conduite, M. le Président, nous avons l'honneur d'être vos respectueux serviteurs.

Les élèves internes de l'hôpital Saint-Jean,

F. Schuermans ; J.-C. Jacobs ; De Ridders, actuellement élève à Saint-Pierre.

Bruxelles, le 26 novembre 1845.

Après quelques discussions sur l'incident, M. Varlez s'exprime ainsi sur le rapport de la Commission :

M. Varlez : M. le Rapporteur a déclaré que la mission de la Commission se bornait aux cas particuliers qu'elle a observés à l'hôpital Saint-Pierre; que M. Seutin avait restreint dans ces limites le mandat des commissaires. S'il en était ainsi, si ces faits particuliers devaient seuls servir de texte à la discussion, ce serait à la Commission qu'on devrait renvoyer le reproche de s'être écartée de la question, car alors elle aurait dû se borner à rapporter les faits

et à en tirer des conséquences pratiques. Au lieu de cela, qu'a fait la Commission? Elle s'est laissée aller à une critique générale, illimitée, et d'autant plus dangereuse qu'elle est plus vague et qu'elle laisse sans cesse planer des doutes et des craintes dans l'esprit des praticiens qui n'ont pas l'habitude d'appliquer le bandage amidonné.

La Commission dit avoir examiné seulement le traitement de neuf sujets, et ces neuf sujets sont sortis guéris de l'hôpital. Cependant deux d'entre eux étaient atteints de fractures d'une gravité telle, qu'elles laissaient peu ou point d'espoir de guérison. Chez l'un, il y avait délire; chez l'autre, commotion cérébrale, et malgré ces complications, malgré tous les dangers graves qui menaçaient leur position, ces deux personnes sont aujourd'hui parfaitement rétablies. Savez-vous, Messieurs, quelle conséquence la Commission tire de ces beaux résultats? La voici :

« Nous avons vu qu'on attribue à l'appareil l'inconvénient grave du relâchement des bandes par suite de la diminution du gonflement, et qu'ainsi les fragments obliques ne sont plus en rapport, qu'ils peuvent chevaucher et produire ces raccourcissements si fréquents à la suite des fractures obliques du fémur. »

Mais, Messieurs, la Commission oublie que cette supposition est sans fondement, puisqu'on peut remédier au relâchement de l'appareil, et qu'elle est en opposition avec son programme, où elle dit que les faits observés à l'hôpital Saint-Pierre doivent seuls servir de base à son appréciation. Or, ces faits infirment toutes les malheureuses observations qui tendent à diminuer la valeur du bandage amidonné.

Pour ma part, Messieurs, je regrette vivement que la Commission semble faire si peu de cas d'une découverte que je considère avec raison comme une des plus précieuses de la chirurgie moderne : car si M. Seutin doit sortir de cette lutte comme un homme qui a rendu un service immense à l'humanité, le rapport de la Commission n'en restera pas moins une chose excessivement fâcheuse.

Ce rapport a été examiné par M. Seutin, par d'autres orateurs, et par moi-même, sous toutes ses faces, et il a été réduit à un état tel, qu'elle ne peut plus le défendre qu'en faisant de nouvelles excursions dans le domaine de la pratique, ou en se livrant aux conjectures les moins fondées. Malgré tout cela, son travail a produit un grand mal. Que diront les chirurgiens qui ne sont pas encore habitués à l'usage de l'appareil de M. Seutin? que diront-ils, je vous le demande, Messieurs, lorsqu'ils liront le rapport de la Commission? Ne diront-ils pas que le bandage amidonné favorise

le développement de la gangrène? Lorsque la Commission écrit, par exemple, *qu'on voit le fémur se mouvoir dans la coque amidonnée aussi librement qu'un pilon dans un mortier,* ne représente-t-elle pas, en quelque sorte, comme ridicule, cette précieuse découverte?

La Commission dit *qu'elle a prié M. Seutin de lui fournir soit des fractures en traitement, soit des fractures consolidées du col du fémur, de la clavicule, transversales de la rotule, etc., dans le but, ajoute-t-elle, de pouvoir établir un parallèle entre la méthode inamovible et celle des pansements renouvelés.* D'après ce qui précède, tout le monde croirait que le bandage inamovible n'admet pas le renouvellement des pansements; or, c'est là une erreur évidente, car non-seulement on peut le resserrer, mais lorsque le bandage est sec, on peut y pratiquer des trappes, l'ouvrir, et faire des pansements nouveaux chaque fois qu'on le désire; tout cela sans faire souffrir le malade et sans déranger l'appareil. J'ajouterai, Messieurs, que le froid (et je prie l'Académie de considérer toute l'importance de cet avantage), que le froid, qui est si avantageux, peut également agir sur le membre à travers le bandage.

J'ai pratiqué aussi la chirurgie dans un grand nombre d'hôpitaux, et pendant très-longtemps; eh bien, Messieurs, d'après ce que l'expérience m'a appris, je n'hésite pas à dire que je considère la découverte de M. Seutin comme une des plus utiles de notre temps.

Pourquoi M. Seutin n'a-t-il pas fourni à la Commission les cas de fractures comminutives, etc., qu'elle lui avait demandés? Mais remarquez, Messieurs, que la raison en est toujours simple et qu'avec la meilleure volonté du monde il ne pouvait les fournir, puisqu'il n'existait pas de fractures semblables à l'hôpital Saint-Pierre. Si la Commission tenait tant à avoir les fractures qu'elle a demandées à M. Seutin, il lui était bien facile de s'en procurer, même sans sortir de Bruxelles. Dans tous les cas, puisqu'elle était sortie de son programme, elle aurait dû signaler les cas nombreux rapportés dans les recueils de chirurgie, et qui prouvent la supériorité de la méthode de notre collègue.

La Commission regrette de n'avoir pu étudier l'action de la compression, qui empêcherait l'inflammation de se développer et qui en arrêterait les progrès lorsque déjà elle existe. C'est là pour M. Phillips le point essentiel; c'est là, d'après lui, la chose la plus dangereuse; elle lui semble d'autant plus effrayante qu'elle dépend du tact du praticien. Je demanderai à l'honorable Rapporteur quel est le procédé chirurgical qui n'exige pas du tact de la part du praticien. On appelle avec raison le procédé de M. Seutin une

méthode; or, si un simple procédé exige du tact, comment voudrait-on qu'une méthode n'en exigeât point?

Mais ce que la Commission aurait dû ajouter, c'est que la compression était bien plus dangereuse avec les anciens procédés qu'elle ne l'est avec le bandage amidonné. En effet, Messieurs, d'après l'ancien système, tout le pouvoir de la compression se porte sur les saillies du membre. J'ai vu, après qu'un triple bandage avait été appliqué sur des fractures simples de l'humérus, que le sphacèle se déclarait en douze heures de temps, tandis qu'il eût été facile de le prévenir avec le bandage de M. Seutin, par le moyen du compressimètre.

Je déclare, Messieurs, que je considère le compressimètre comme une belle découverte. M. Phillips dit qu'il n'est pas inventé depuis longtemps. Je crois que c'est à cela que sont dus les malheurs que des ignorants ont eus dans le traitement des fractures au moyen du bandage amidonné; car il est certain qu'il ne doit jamais y avoir de compression et qu'il faut l'éviter autant que possible. M. Seutin a lui-même déclaré, plusieurs fois, qu'il ne fallait jamais comprimer dans l'application du bandage, qu'il fallait suivre pas à pas le retrait des chairs, qu'il ne fallait que maintenir la contention.

M. Phillips nous a dit que la contention était bien difficile à maintenir sans passer au degré de la compression. Je ne suis pas de son avis. Quand on peut vérifier à tous moments l'état d'une fracture, il est impossible de ne pas admettre que la compression ne puisse être évitée.

Vous voyez, Messieurs, d'après ce que je viens de dire, que tout le monde est d'accord sur la compression; car on peut dire que si elle fait trembler la Commission, elle fait aussi frémir M. Seutin.

La Commission ajoute « que c'était l'occasion d'expliquer ces cas de sphacèle partiel ou général des membres comprimés dans le traitement des fractures, et de répondre à ceux qui opposent sans cesse ces cas malheureux à la propagation du bandage amidonné; » mais c'était à la Commission elle-même de répondre à l'espèce de question qu'elle adresse. Elle aurait ainsi répondu à ceux qui cherchent sans cesse à flétrir les découvertes utiles, parce qu'elles blessent l'intérêt des uns et froissent l'amour-propre des autres.

Si la Commission n'a eu en vue, en parlant du sphacèle, que de blâmer ceux qui appliquent mal le bandage, son devoir était de le dire; nous nous serions joint à elle pour flétrir l'ignorance, tout en faisant observer qu'une vie entière ne suffirait pas pour

connaître les fautes qui ont été commises par l'ignorance et par une fausse application de la science.

On veut, est-il dit plus loin, « que l'inamovibilité de M. Seutin (je cite textuellement le rapport, car, pour moi, M. Seutin est bien loin d'être inamovible), que l'inamovibilité de M. Seutin soit un terme moyen, une transaction, entre les partisans de l'ancienne inamovibilité et ceux qui veulent le renouvellement fréquent des pièces d'appareil. Je ne comprends pas ce passage, parce qu'on peut renouveler aussi souvent les pièces de l'appareil avec le bandage de M. Seutin qu'avec tous les procédés inventés jusqu'à ce jour.

Je ne le comprends pas non plus, sous le point de vue de l'exactitude des expressions, puisque M. Seutin suit une voie diamétralement opposée à tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour; avec son bandage, tout en échangeant et en renouvelant aussi souvent qu'on le juge nécessaire certaines pièces qui peuvent être changées, on laisse en place celles qui doivent servir à la consolidation de la fracture, tandis que par les anciens procédés on doit déranger tout l'appareil. Avec le bandage de M. Seutin, lorsqu'il est consolidé, les malades peuvent sortir de leur lit et se promener dans la plupart des fractures, tandis qu'avec l'ancienne méthode les malades devaient rester six semaines, deux mois dans leur lit.

Mais, dit la Commission, la déambulation a été aussi en butte à de nombreuses et à de justes objections. Comme elle doit être comprise dans le sens pratique, ajoute-t-elle, ce n'est autre chose que le déplacement du malade hors de son lit et la possibilité de le placer dans un fauteuil.

Voilà tout ce que la Commission a pensé pouvoir dire sur la déambulation, une des plus belles conquêtes de la science, qui a excité l'étonnement de tous les médecins et de tous les malades atteints de fractures. On le réduit à la possibilité de faire sortir le malade de son lit et de le placer dans un fauteuil; tandis que nous voyons se promener dans les rues de Bruxelles des hommes atteints depuis quelques jours seulement de fractures graves.

Un jeune avocat de mes amis s'est fracturé les deux os de la jambe au niveau des malléoles en même temps qu'il se luxait le pied. Je priai M. Seutin de venir. Deux jours après, le malade se promenait dans son jardin et même au Parc.

Une dame de mes clientes, âgée de plus de soixante-dix ans, s'était cassé la jambe à vingt lieues d'ici. M. Seutin a été appelé, et trois jours après elle se promenait à l'Allée-Verte.

Voilà des faits qui prouvent évidemment que la déambulation est un des plus grands services qui aient été rendus à la science.

« Il fallait aussi, dit encore la Commission, rassurer par des faits ceux qui redoutent le relâchement de l'appareil ou le retrait des chairs, et qui voient le fémur, par exemple, se mouvoir dans la coque amidonnée aussi librement qu'un pilon dans un mortier. »

Je ne puis comprendre, Messieurs, ce passage du rapport. Car ce jeu du membre dans l'appareil, ce ballottement, n'existe pas pour le chirurgien qui sait faire usage de la méthode de M. Seutin. On rétrécit le bandage à volonté, et on peut le faire coller comme un gant sur le membre. J'ai vu ce fait plusieurs fois, et je suis étonné que la Commission indique ceci comme étant une chose qui puisse ridiculiser la découverte de notre collègue.

Il y a, je ne puis trop le dire, dans la méthode de M. Seutin, une belle découverte. Des milliers de faits, en Belgique et ailleurs, ont depuis longtemps parlé en sa faveur, et si un étranger en était l'auteur, tout le monde l'exalterait, les corps savants et les Académies lui rendraient hommage. Voyez ce qu'on a fait en France pour le daguerréotype, qui, certes, n'a pas une aussi grande influence pour le bien de l'humanité que la découverte de M. Seutin. Voyez ce que l'Allemagne a fait pour le strabisme, opération renouvelée de je ne sais quel siècle, et au moyen de laquelle certains opérateurs augmentent considérablement la déviation des yeux. (Hilarité.)

Quoi qu'on en dise, il faut bien que nous convenions que dans notre petit pays on ne se laisse pas toujours conduire par l'esprit de clocher. Un de nos compatriotes invente un instrument au moyen duquel on retire du corps de la mère un enfant mort que les puissances vitales ne peuvent expulser ; et on ne s'empresse pas de signaler cette invention : la Compagnie ne la connaît pas, et l'inventeur du forceps-scie ne se trouve pas assis ici près de moi dans les limbes de l'Académie.

M. Seutin a fait une véritable découverte; il a établi une méthode précieuse pour le traitement des fractures.

Je ne prétends pas qu'on n'eût pas, avant M. Seutin, inventé des moyens propres à établir un bandage inamovible, mais je soutiens qu'avant que M. Seutin remuât ciel et terre pour faire connaître sa méthode, le bandage inamovible n'existait que comme le poulet dans l'œuf, à l'état d'embryon ; car ni Dupuytren, ni Dubois, ni nos grands chirurgiens, ni M. Baude, ni M. Verbeeck, ni M. De Lavacherie, n'en faisaient usage. Boyer, qui nous a si longtemps servi de guide, dit même que les bandages ne servent que peu ou point du tout pour maintenir les fragments dans leurs rapports naturels.

Et maintenant que notre compatriote a porté sa découverte au

plus haut degré de perfection, ne devons-nous pas lui rendre hommage? Pouvons-nous admettre les conclusions de la Commission?

Il est dit dans le rapport que la Commission n'a examiné que les fractures comminutives ou compliquées, et dans les conclusions il n'est nullement question de ces fractures. La Commission dit qu'elle n'a pas eu mission d'examiner et qu'elle n'a pas examiné les fractures simples, et dans les conclusions il n'est question que des fractures simples.

Il y a évidemment, comme vous l'a dit M. Fallot, une contradiction flagrante entre le texte du rapport et les conclusions de la Commission. Cependant, Messieurs, il me semble que des conclusions devraient être la partie la plus réfléchie, la plus judicieuse d'un rapport, d'une œuvre scientifique quelconque.

Le second § des conclusions dit : « que des accidents formidables se développent quelquefois pendant l'application de l'appareil inamovible. » Si j'ai bien compris ce §, c'est après l'application de l'appareil qu'il fallait dire. C'est une erreur qui a sans doute échappé à l'esprit si pénétrant de M. le rapporteur.

Nous ne pouvons pas non plus admettre ce passage du rapport, car il ferait croire aux lecteurs du Bulletin que la découverte de M. Seutin est un monstre thérapeutique dont le venin porte immédiatement la mort !

Ainsi donc, Messieurs, je ne puis pas admettre un seul mot des conclusions du rapport. Je propose de les changer et de les formuler de la manière suivante :

« Des faits observés, votre Commission conclut :

« 1° Qu'ils sont tous favorables à la découverte de M. Seutin ; (Il n'en est pas un autre en effet, car tous les sujets, sans exception, sont sortis guéris de l'hôpital.)

« 2° Que les critiques auxquelles nous nous sommes livrés n'ont pas trait à la découverte de notre collègue, mais à la mauvaise application qui a été faite de son procédé ;

« 3° Qu'il faut visiter souvent les malades atteints de fractures comminutives ou compliquées ;

« 4° Qu'il ne faut jamais comprimer le membre dans l'appareil. »

Enfin, comme cinquième conclusion, je voudrais ajouter, contrairement à l'opinion de M. Seutin, que l'on doit différer l'application du bandage quand on redoute des accidents inflammatoires graves.

Maintenant, Messieurs, je n'hésite pas à déclarer que le rapport de la Commission a été fait avec trop de précipitation, et que

M. Phillips, si capable de composer une œuvre scientifique digne de l'Académie, n'a pas assez mûri son travail : il a pu croire qu'il était bon, avant la discussion et surtout avant les explications de M. Seutin ; mais, plus éclairée aujourd'hui, la Commission devrait entendre l'appel que nous faisons à sa loyauté et déclarer solennellement, avec l'Académie tout entière, que M. Seutin a rendu un grand service à l'humanité.

M. Marinus : Déjà en 1837, devant une Société médicale dont j'ai l'honneur de faire partie, j'ai été appelé à me prononcer sur la méthode de M. Seutin : je croirais manquer à ma mission si je ne vous présentais mon opinion, alors qu'il s'agit de nouveau d'apprécier le même moyen thérapeutique.

La proposition de M. Seutin était, quoi qu'on puisse dire, clairement formulée. En se rapportant au texte, la Commission avait à examiner plusieurs cas de fractures compliquées ou comminutives, traités à l'hôpital Saint-Pierre, afin d'apprécier les effets de l'application immédiate de l'appareil amovo-inamovible dans ces sortes de fractures. La Commission désira donner un sens plus large à cette question ; M. Seutin ne voulant point y consentir, il fallait nécessairement la renfermer dans les limites qu'il lui avait assignées. Dès lors, la tâche de la Commission se bornait à constater et à juger les faits qu'on lui montrait. Mais au lieu de suivre cette marche, on commence, dans le rapport, par nous entretenir des difficultés survenues entre la Commission et M. Seutin sur l'interprétation à donner à la proposition, en exprimant le regret de n'avoir pu examiner jusqu'à quel point sont fondées les objections que l'on a fait valoir contre l'appareil amidonné, et ces objections sont là rappelées sans un mot de réfutation. J'ai beau me demander à quoi sert cette sorte d'introduction au travail de la Commission, je n'en découvre pas le côté utile, ni je n'en aperçois pas le but scientifique : je n'y vois qu'un hors-d'œuvre plus propre à décréditer la méthode qu'à en faire ressortir les avantages, parce que dans la suite du rapport on ne fait nul effort pour détruire l'impression défavorable qu'elle a pu produire. L'honorable M. Seutin, et, après lui, notre collègue M. Lutens, ont suffisamment démontré combien cette partie du rapport est erronée, et ce qu'a dit depuis M. le rapporteur, pour la justifier, ne détruit pas, selon moi, leurs arguments. Je ne m'arrêterai donc pas plus longtemps sur ce point. Je passe à la question telle qu'elle a été posée par M. Seutin : l'appréciation de sa méthode dans le traitement des fractures *compliquées* ou *comminutives*.

Les observations de la Commission ont été faites, à l'hôpital Saint-Pierre, sur treize malades qui étaient en traitement. Sur ce

nombre, la Commission en a écarté quatre, qui étaient des fractures simples. Restaient donc neuf sujets, atteints de fractures comminutives ou compliquées de la jambe, de la cuisse, de l'humérus et de l'avant-bras. N'était-ce pas là une belle collection de faits? En fallait-il davantage pour apprécier une méthode de traitement dont on connaissait déjà les heureux résultats? Il paraît qu'oui, puisque la Commission ne s'est pas montrée satisfaite. Et cependant, ces neuf faits, bien que rapportés d'une manière fort concise, puisque leur relation occupe à peine quatre pages du Bulletin, ces neuf faits suffisent déjà, pour celui qui les lit sans prévention, à démontrer la supériorité du bandage amidonné sur les autres méthodes de traitement. Et si ce nombre ne suffisait point, la clinique de l'hôpital n'était-elle pas là pour fournir à la Commission tous les éléments nécessaires à son travail? N'avait-elle pas sous la main le Mémoire que M. Seutin a présenté, en 1837, aux Sociétés médicales d'Anvers et de Bruxelles, mémoire auquel l'auteur a joint le résumé de cent quarante-huit cas de fractures traités avec succès par sa méthode, et qui sont rapportés, en vingt pages d'impression, dans un ouvrage publié en 1840, et non en quatre pages, comme on l'a erronément avancé?

Notre collègue, M. Langlet, membre de la Commission, ne pouvait surtout ignorer ce travail sur lequel il avait été appelé, en 1837, à faire un rapport, conjointement avec M. Lequime et moi, rapport dans lequel il donne à l'appareil amidonné les éloges qu'il mérite, et reconnaît déjà que M. Seutin s'en était « servi dans le traitement des fractures compliquées d'épanchements considérables, d'entorses, de plaies, etc., et qu'il n'eut qu'à s'en louer. » Ce rapport, je l'adoptai, en ma qualité de commissaire, et je ne le signai point par complaisance, je vous prie de le croire, Messieurs, mais parce que j'avais acquis une conviction, parce que je m'étais empressé d'aller voir et étudier l'application et les effets de la méthode. Et notez bien qu'à cette époque M. Seutin n'avait pas donné à sa méthode la perfection à laquelle il l'a portée aujourd'hui. L'opinion que j'avais alors, je l'ai encore maintenant, ou, pour être plus vrai, elle s'est fortifiée par les faits nombreux que j'ai observés depuis. L'honorable M. Langlet paraît, au contraire, avoir modifié depuis sa manière de voir, car, si je l'ai bien compris, il a tenu un autre langage dans la séance du 27 juillet dernier.

Devant les faits, toute objection spécieuse tombe; car, comme l'a dit Baglivi, l'art médical est tout dans l'observation. Aussi me suis-je fait un devoir, depuis que cette discussion est entamée, d'assister à la clinique de l'hôpital Saint-Pierre et de suivre le traite-

ment de plusieurs cas intéressants de fractures comminutives. Là, j'ai pu constater des faits comme plusieurs de mes collègues, et j'ai vu, bien vu les succès obtenus par l'emploi de la méthode amovo-inamovible dans les cas précités.

En voyant de semblables résultats, on est, certes, en droit de s'étonner de l'espèce de scepticisme dont la Commission a fait preuve en cette circonstance. On est étonné, surtout, après avoir lu dans le rapport que la *déambulation* « n'est autre chose que le déplacement du malade hors de son lit et la possibilité de l'asseoir dans un fauteuil, » de trouver les salles désertes et de voir tous les sujets atteints de fractures des membres se promener dans les cours, et de les entendre déclarer qu'ils ont commencé à marcher dès le lendemain du jour où l'appareil a été appliqué. Ce sont là des faits qui peuvent être vérifiés tous les jours. Mais je me rappelle que l'un des honorables commissaires, M. Langlet, a donné au passage du rapport que nous venons de citer une antre interprétation : selon lui, la Commission aurait entendu qu'il n'est pas prudent, dans les fractures compliquées, de faire marcher les malades avec des béquilles, « à moins que la fracture ne se présente comme peut se présenter une fracture simple dès le principe. » Notre collègue oublie, sans doute, que la déambulation, érigée en principe par M. Seutin, constitue un des plus grands avantages de la méthode amovo-inamovible, et qu'elle s'applique aussi bien aux fractures compliquées qu'aux fractures simples. M. Seutin nous l'a déjà dit : la déambulation a pour effet d'améliorer l'état général des sujets, et, partant, de favoriser le travail nécessaire à la formation du cal, et de prévenir les congestions hypostatiques qui résultent si fréquemment d'un long séjour au lit.

De pareils bienfaits peuvent-ils être obtenus par l'emploi des autres méthodes? Evidemment non. Dans l'application du bandage à attelles, comme dans l'application des appareils et des machines inventés pour le traitement des fractures des membres pelviens, appareils dont on ne peut pas toujours calculer la force, comme enfin dans le système de la demi-flexion ou à double plan incliné, le malade est condamné à un repos absolu pendant deux ou trois mois. La position qu'il est obligé de garder pendant tout ce temps détermine souvent des eschares au sacrum, affaiblit la constitution et attriste le moral, toutes causes qui influent puissamment sur le traitement. L'appareil hyponarthrécique ou à suspension, tant vanté par M. Mayor, voire même le bandage *inamovible* de Larrey, ne sont pas tout à fait exempts de ces inconvénients; car, bien que dans ces méthodes le malade puisse s'asseoir dans

un fauteuil, il y a toujours une pression permanente portant principalement sur les tubérosités sciatiques et le sacrum, et pouvant amener des eschares. Avouons-le donc hautement, la déambulation est un des principes de la méthode de M. Seutin qui ne se rencontrent pas dans les autres systèmes de traitement des fractures.

Dans la démonstration qu'il vous a faite de son appareil, M. Seutin vous a montré qu'il maintient les fragments osseux dans un contact immédiat, en même temps qu'il exerce à la fois l'extension et la contre-extension ; que, par une contention douce, régulière et uniforme, n'agissant jamais sur des éminences non garnies, il empêche le développement de l'inflammation ; que la section du bandage en temps opportun lui offre le moyen de s'opposer à son relâchement, de voir ce qui se passe, et de suivre en quelque sorte le retrait des chairs ; qu'à l'aide d'un ruban de fil interposé le long du membre entre la surface cutanée et l'appareil, qu'il nomme *compressimètre*, il peut toujours s'assurer, par son jeu, s'il n'existe aucune compression dangereuse ; et enfin que, par des ouvertures ou fenêtres pratiquées au bandage dans toute l'étendue de la fracture ou d'une plaie, il est non-seulement possible, mais avantageux, dans les fractures compliquées ou comminutives, de faire des pansements journaliers et de conserver une issue facile à l'écoulement du pus, sans occasionner le moindre dérangement aux fragments coaptés et sans occasionner des souffrances au blessé. Ces avantages, l'auteur de la méthode amovo-inamovible ne les démontre pas par la théorie, mais il les met tous les jours en évidence à sa clinique, où, pour ma part, je les ai maintes fois constatés. Que veut-on de plus ? Et, encore une fois, de tels avantages ne donnent-ils pas à la méthode de M. Seutin une prééminence marquée sur les autres ?

La Commission n'est pas convaincue de cette prééminence, car elle exprime le regret de n'avoir pu établir une balance entre la méthode amovo-inamovible et la méthode des pansements renouvelés dans les cas graves de fractures. Elle eût désiré pouvoir vous dire : « Par l'inamovibilité et l'application immédiate, sur un nombre donné, on guérit sans raccourcissement tant de fractures du col du fémur, tant de fractures obliques de cet os, etc., etc. » Certes, Messieurs, une semblable statistique serait fort intéressante ; mais je ne crois pas à la possibilité de l'établir d'une manière exacte, attendu que pour cela il faudrait produire de part et d'autre un nombre égal de faits *parfaitement identiques*, et c'est, vous en conviendrez, chose impossible. Rien de plus simple, cependant, si nous en croyons M. Phillips. « Mettez, dit-il, les livres

de l'hôpital Saint-Pierre à côté de ceux de l'hôpital Saint-Jean; alors on comptera des deux côtés les profits et les pertes, et avec la différence on pourra rassurer les praticiens. » Notre collègue n'a pas réfléchi sans doute à l'impossibilité qu'il y aurait d'établir cette comparaison, car les fractures compliquées, surtout, ne se ressemblent point, et les complications qui peuvent survenir durant le traitement ne sont jamais les mêmes. Que nous apprendrait donc l'inspection des registres des deux établissements? Rien, sinon que pendant l'espace de neuf années six cent trente-trois fractures ont été traitées à l'hôpital Saint-Jean, et que sur ce chiffre il y a eu, selon l'assertion de M. Phillips, vingt-deux cas de mort; tandis qu'à l'hôpital Saint-Pierre, durant la même période de temps (de 1835 à 1843), la cliniqne chirurgicale a offert cinq cent quatre-vingt-un cas de fractures, et sur ce nombre il y a eu vingt-sept cas de mort, en défalquant onze cas qui n'ont rien de commun avec le bandage amidonné, savoir : des fractures du crâne (6 cas), des vertèbres (1 cas), des côtes (3 cas), de la clavicule où la mort a été occasionnée par la péripneumonie (1 cas). M. Phillips ne nous a pas dit si dans sa statistique il a également fait disparaître ces sortes de fractures.

Le chiffre que je produis ici est le résultat de mes recherches dans les registres de l'hôpital Saint-Pierre, qui ont été obligeamment mis à ma disposition sans l'autorisation préalable de qui que ce soit, et chacun peut en faire autant. Je dis donc que dans une période de neuf années il a été constaté vingt-sept cas de mort chez des sujets atteints de fractures des membres. En recherchant la cause de cette terminaison malheureuse, je trouve que la mort a eu pour cause :

Le tétanos.	1	cas.
L'érysipèle phlegmoneux, survenu plusieurs mois après. . . .	1	»
La rougeole au douzième jour.	1	»
La pneumonie ou pleuro-pneumonie.	3	»
La fièvre hectique ou la résorption purulente.	2	»
Le typhus.	1	»
La commotion cérébrale	2	»
La phlébite.	2	»
L'amputation immédiate, compliquée de méningocéphalite. . .	1	»
La péritonite sur-aiguë.	1	»
Mort survenue le premier ou le deuxième jour de l'entrée du malade, et chez lequel le bandage amidonné n'a point été appliqué.	4	»

Voilà donc dix-neuf cas dans lesquels, encore une fois, le bandage amovo-inamovible ne peut être mis en cause.

Il reste huit cas dans lesquels je n'ai pas trouvé indiquée la cause de la mort, et je trouve que les malades ont succombé :

Du quinzième au trentième jour, dans. . . . . 5 cas.
Après le troisième mois, dans. . . . . 3 »

Voilà, Messieurs, le résultat que j'ai obtenu de l'examen statistique auquel je me suis livré dans l'intérêt de la vérité. Vous avez déjà tiré la conclusion qui en découle, à savoir qu'on ne peut imputer au bandage amidonné les cas de mort que nous avons constatés, mais que cette terminaison fatale a été le résultat de complications plus ou moins graves ou de lésions profondes des organes essentiels à la vie. J'avais tort de dire qu'une semblable statistique ne nous apprendrait rien, car elle détruit de fond en comble les accusations dont on a accablé la méthode amovo-inamovible et qui ont si fort effrayé les praticiens.

On a beaucoup parlé, dans la discussion, de *cas malheureux* qui auraient été le résultat de l'application immédiate du bandage amidonné, et le rapport fait mention de ces cas *qui valent mieux pour l'enseignement que des succès*. Mais ces revers, je les cherche en vain dans tout ce qui a été dit dans cette discussion, et il m'est bien difficile d'apprécier la valeur de cette objection. Si nous en croyons M. Seutin, et jusqu'à preuve du contraire nous devons avoir foi en ses paroles, ces prétendus insuccès étaient dus ou à des complications morbides, ou à l'application de l'appareil par des mains inhabiles à le manier. Pour ceux qui, comme moi, ont suivi toutes les phases du bandage amidonné, et qui n'ont pas dédaigné d'en étudier l'application, laquelle exige une sorte d'apprentissage, toute simple qu'elle paraisse, les insuccès dus à cette dernière cause ne paraîtront point impossibles. En effet, c'est pour avoir négligé des précautions qui de prime abord semblent être de peu d'importance, que des praticiens ont eu à déplorer des accidents graves. Ainsi, ce sera pour avoir omis de protéger les éminences osseuses et les points d'appui par de l'ouate, pour avoir coupé le carton au lieu de le déchirer, pour avoir appliqué l'amidon sur les premiers tours de bande, au lieu de ne le faire qu'au troisième tour, pour avoir négligé de s'assurer si le bandage ne comprimait pas les parties, etc., etc., qu'on verra survenir de l'inflammation, des eschares et autres accidents que l'on s'empressera d'attribuer à la méthode, quand ils ne sont dus qu'à l'inexpérience. Est-ce à dire pour cela qu'on ne manie adroitement l'amidon qu'à Saint-Pierre, comme l'a encore dit M. Phillips? Non, certes; mais nous devons en tirer cette conclusion, qui n'a rien d'offensant pour personne, que la méthode de M. Seutin, comme toutes les autres méthodes de traitement, comme tout procédé opératoire, a besoin d'être bien étudié, bien connu dans tous ses détails, pour en faire l'application pratique et en retirer les bienfaits qu'on en attend.

Pour ma part, je dois à la vérité de dire que j'ai employé et vu employer par d'autres praticiens l'appareil amidonné pour des fractures de jambe, de cuisse, du bras et de l'avant-bras, compliquées ou non, et que dans aucun cas je n'ai vu la marche de la guérison entravée par des accidents dangereux. J'ajouterai que dans quelques hôpitaux de l'Allemagne, que j'ai visités, j'ai vu que l'on se servait de l'appareil amovo-inamovible dans le traitement des fractures, et je n'ai entendu articuler aucun grief contre cette méthode. L'empressement avec lequel nos confrères d'outre-Rhin l'ont adoptée, eux qui ont toujours soin de soumettre à un contrôle sévère et minutieux les nouveaux moyens thérapeutiques, témoigne bien certainement en faveur de la méthode.

M. Seutin n'a eu qu'un tort, selon moi : c'est de n'avoir pas donné assez de publicité aux faits intéressants qu'a offerts, depuis dix ans, sa clinique à l'hôpital Saint-Pierre. S'il y avait fait recueillir soigneusement tous les cas de fractures comminutives et compliquées traités par son appareil, pour les livrer ensuite à la presse médicale, nul doute que ses convictions ne fussent aujourd'hui partagées par la grande majorité des praticiens, et nous n'aurions probablement pas à combattre un rapport tel que celui qui fait l'objet de la discussion actuelle. A la place de M. Seutin, je ne craindrais point de soutenir devant mes adversaires la proposition suivante : « *De tous les moyens connus, la méthode amovo-inamovible, appliquée méthodiquement, est incontestablement préférable à toute autre dans le traitement des fractures des membres, simples et compliquées.* »

Les expressions « d'accidents formidables » placées si mal à propos dans les conclusions du rapport, expressions que l'honorable M. Fallot a repoussées comme contraires aux règles fondamentales de la logique, ont excité de justes récriminations, parce que rien ne les justifie dans les faits observés par la Commission, et qu'elles sont, au contraire, réfutées dans le rapport lui-même. Loin de reconnaître cette erreur, M. Phillips, dans sa réponse à l'argumentation de M. Seutin, a cherché à donner plus de poids à ses allégations en citant l'opinion de M. Mayor, qui est pour lui une autorité considérable, parce que, entre autres, il a dit : « J'ai vu emprisonner les os fracturés d'une jambe dont les parties molles ont été presque aussitôt envahies par le sphacèle. Le malade a été assez heureux pour échapper par l'amputation de la cuisse au sort que lui réservait un traitement si peu rationnel. » M. Phillips a oublié que M. Mayor, dans un article qu'il a publié dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (n° de mai 1839), a écrit qu'il accorderait cependant la préférence à l'appareil amylacé sur

tous les autres connus, s'il n'avait pas à sa disposition sa *gouttière en fil de fer*, laquelle constitue, comme on sait, la base de son nouveau système de déligation; et que, dans un autre endroit du même article, on lit : « Je dirai donc que l'appareil amylacé atteste un progrès, ou qu'il est le premier pas vers un progrès essentiel : c'est qu'il est assez simple, et qu'il se présente sous une forme *concave*, la plus avantageuse de toutes lorsqu'il s'agit de soutenir et d'emboîter exactement un corps cylindrique ou arrondi : tels sont en général nos os et nos membres. Il l'emporte donc hautement sur les attelles ordinaires, dont la *largeur* considérable et la forme *aplatie* sont de véritables contre-sens en mécanique, chaque fois qu'il est question d'appuyer sur une surface convexe. »

Veut-on savoir maintenant quels sont les reproches que le chirurgien de Lausanne adresse au bandage amidonné? les voici textuellement extraits du travail précité :

« 1° Il place les téguments en contact immédiat avec un corps dur, comme le bois;

« 2° Il est passablement long à préparer et surtout à appliquer;

« 3° Il est, pendant un temps plus ou moins long, inhabile à maintenir les fragments dans la position où l'on vient de les placer;

« 4° Il forme une cuirasse ou une large virole si résistante, qu'elle est incapable ni de s'étendre, ni de se resserrer sur le membre, lorsque celui-ci vient à changer de volume. »

Il suffit de lire ces objections, où il n'est nullement question d'*accidents formidables*, pour se convaincre que M. Mayor n'avait qu'une idée bien imparfaite de l'appareil amovo-inamovible lorsqu'il les a formulées. Dans le développement qu'il a donné à ces griefs, comme dans ce qu'il a écrit sur le même sujet dans son *Essai sur la thérapeutique générale des fractures (Gazette des Hôpitaux*, années 1839 et 1840), M. Mayor a parlé du bandage amidonné sans l'avoir expérimenté, et il a plutôt cherché à faire prévaloir sa méthode nouvelle de déligation, qu'à établir une juste appréciation de l'appareil de M. Seutin. Nous connaissons tous, Messieurs, l'excentricité des découvertes de M. Mayor et l'enthousiasme qu'il met à les prôner; dès lors, ses opinions ne sont d'aucun poids dans la question qui nous occupe, et je ne conçois pas qu'on puisse les invoquer.

En résumé, toutes les objections présentées par les adversaires de la méthode amovo-inamovible, objections aussitôt combattues que formulées, s'évanouissent lorsqu'on les soumet à une discussion franche et loyale, basée sur l'observation consciencieuse des cas traités par une application méthodique et rationnelle du bandage. Voilà, du moins, ce qui résulte de la discussion actuelle, dans

laquelle aucun fait positif contraire à la méthode de M. Seutin n'a été produit.

Le bandage amidonné, comme toutes les innovations importantes en médecine, a éprouvé et éprouve encore une vigoureuse opposition, et cette opposition lui vient surtout de la part des praticiens qui s'obstinent à suivre une autre méthode de traitement dont ils ont l'habitude, et qui doutent que l'on puisse inventer quelque chose de mieux. Il finira cependant, par la force des choses, par prendre dans la thérapeutique des ruptures osseuses la place distinguée qu'il mérite d'occuper.

M. Lutens : Il est reconnu que chaque fois qu'une inflammation aiguë ou chronique siége dans le voisinage des muscles, ceux-ci se prennent d'une contraction permanente. Si on admet, ce qui est incontestable, que le déplacement des os fracturés a lieu sous l'influence des contractions musculaires, il est évident que plus la force rétractile du muscle augmente, plus les obstacles de réduction sont grands.

La première règle à suivre dans toutes les fractures consiste donc à maintenir les fragments en contact direct et à prévenir l'inflammation.

Avant la découverte du bandage amidonné, les fractures graves du fémur étaient généralement traitées par la méthode appelée *le plan incliné.* C'était la principale méthode en usage, les bandages de Seutin, de Desault et de Boyer étant presque abandonnés. Les partisans du plan incliné se basaient spécialement sur l'état de relâchement dans lequel on mettait les muscles.

Aujourd'hui que les idées sont généralement changées sur ce point, par les résultats de la méthode amovo-inamovible, le bandage amidonné est devenu d'une application générale.

Mais en plaçant le membre fracturé sur un plan incliné, les moyens de contention auxquels on avait alors recours pouvaient-ils s'opposer aux contractions musculaires, à l'irritation occasionnée par la mobilité des fragments osseux, aux spasmes musculaires? Pourquoi s'opposerait-on à l'application du bandage amidonné quand il serait nécessaire de maintenir le membre dans cette position? On craint, dit-on, la contention irrégulière exercée sur un membre fracturé; mais n'a-t-on pas vu fréquemment des tremblements et des contractions musculaires céder à une pression faite sur le membre?

Le bandage amidonné ne présente-t-il pas toutes les ressources imaginables pour s'opposer aux accidents qui compliquent si fréquemment les fractures graves? Ne peut-on pas l'inciser, l'élargir, ou le serrer, suivant les besoins? Est-il défendu de recourir à la

glace ou aux cataplasmes, si on les préfère, aux sangsues, aux incisions nécessaires pour l'ouverture des abcès, l'extraction des esquilles? La contention permanente et continue qu'il exerce sur le membre ne favorise-t-elle pas l'absorption des humeurs épanchées, ne s'oppose-t-elle pas à l'afflux sanguin? N'est-ce pas en recourant à la contention qu'on prévient souvent les inflammations à la suite des entorses, des contusions, et, en général, de toutes les violences exercées sur les articulations? N'est-ce pas à elle que l'on doit de voir cesser les spasmes musculaires qui surviennent si fréquemment dans le moignon d'un membre amputé? Attendra-t-on que les accidents inflammatoires aient parcouru leurs périodes et amené des suppurations intarissables, avant de recourir à une contention méthodique qui les prévient et qui en calme l'intensité? Mais c'est se créer des difficultés insurmontables pour le maintien des fragments constamment tiraillés par des muscles malades, c'est se vouer à la nécessité de recourir à un appareil à extension continue pendant toute la durée du traitement, méthode réactionnaire, vicieuse et complétement abandonnée. C'est, en un mot, se priver des avantages que procure seul le bandage amidonné.

Examinons maintenant les objections de M. Phillips : « Deux « choses s'opposent, dit-il, à l'application immédiate de l'appa- « reil amidonné : les dangers de la contention circulaire et l'im- « possibilité de la réduction sans de vives douleurs. Les dangers « de la contention proviennent de la difficulté de lui donner un « égal degré de puissance. »

Pour faire une contention régulière, il faut savoir mettre une bande méthodiquement, et avoir assez de tact pour lui imprimer le degré de pression nécessaire. Exercer une contention inégale, et avoir à déplorer à sa suite des cas de sphacèle du membre, c'est agir comme le chirurgien qui oserait faire une opération sans connaître le procédé le plus convenable, sans avoir cette dextérité si nécessaire à tout opérateur.

Si MM. Blandin, Lisfranc et autres, ont cité des faits de cette nature, cela prouve que les règles de la méthode n'ont point été suivies, et ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que M. Velpeau lui-même a écrit en 1845, « qu'il n'a jamais incisé le bandage dextriné ou amidonné, et qu'il n'a jamais eu recours aux ciseaux de M. Seutin. « En Belgique, il est de précepte qu'il faut inciser le bandage lorsque le membre se gonfle, et même, si les circonstances le nécessitent, il est admis qu'il faut resserrer les valves si le membre s'amincit.

L'impossibilité de la réduction sans de vives douleurs s'oppose, dit M. Phillips, à l'application du bandage amidonné. Sur quoi

l'honorable membre base-t-il cette opinion? J'ai vu beaucoup de fractures graves, et rarement j'ai remarqué que la réduction était accompagnée de vives douleurs. Je puis même établir en principe que plus une fracture est grave, moins elle occasionne de souffrances, plus la réduction est facile. Cela se conçoit, quand on considère qu'une fracture compliquée ou comminutive est presque toujours le résultat d'une cause violente qui produit ou une commotion nerveuse générale, ou un ébranlement dans le membre qui anéantit momentanément toute action musculaire. Je pourrais citer à l'appui de cette opinion plusieurs faits; un seul suffira pour expliquer ma pensée : Une demoiselle, âgée de quinze ans, fit une chute, d'une hauteur de quarante pieds, sur la partie latérale de la tête et sur le membre inférieur droit : dans sa chute, elle se cassa la cuisse vers la partie supérieure, et un des fragments osseux passa à travers les chairs. Douze heures après l'accident, on lui appliqua le bandage amidonné, et la réduction se fit sans douleur. Bien que le cas fût fort grave, à cause de l'obliquité de la fracture, des déchirures musculaires, du délire et d'un épanchement sanguin considérable, aucun accident inflammatoire consécutif ne se développa.

On croit assez généralement que le mouvement réactionnaire s'établit assez rapidement sous l'influence d'une cause violente : c'est une erreur, car la réaction n'arrive que le deuxième ou le troisième jour de l'accident.

Si on laisse passer cette première période, en se bornant à la chirurgie expectante, bientôt les douleurs se réveillent, et les difficultés de la réduction sont d'autant plus grandes que les muscles ont pu se contracter sous l'empire de l'inflammation consécutive. Il faut donc savoir profiter de ces moments de calme et de torpeur, dans lesquels se trouvent les blessés, et qui viennent de l'ébranlement du coup ou de la chute, en recourant immédiatement au bandage amidonné contentif qui maintiendra les fragments en rapport, et on s'opposera aux déplacements osseux.

M. Phillips n'attribue pas à la méthode les accidents dépendant de la lésion même. Il y a, dit-il, une distinction très-importante à faire : c'est de bien préciser quels sont les accidents inévitables d'une fracture grave, et quels sont ceux que l'on peut attribuer avec raison à l'application immédiate du bandage.

Je partage cette opinion; mais je n'admets point que l'exemple qu'il cite puisse être applicable. Qui oserait placer un bandage contentif quelconque sur un membre broyé par la roue d'une voiture lourdement chargée, dont le fémur est réduit en esquilles assez petites pour sortir par les ouvertures d'une peau d'un aspect mat et terreux? Si on hésitait à amputer immédiatement ce membre,

on appliquerait un bandage amidonné dans la prévision d'une gangrène ! Non, Messieurs, cela n'est pas possible : ce fait-là, M. Phillips ne l'a point vu.

Ce n'est pas à l'inamovibilité des fragments que l'on doit attribuer les accidents, dit M. Phillips, mais à l'inflammation déterminée par les longs efforts de réduction absolue, et par les vingt-quatre premières heures de contention circulaire du bandage roulé qui s'oppose au libre développement de la tuméfaction des tissus.

Pourquoi un bandage contentif ne pourrait-il pas s'opposer à la tuméfaction des tissus ? S'il est vrai qu'on n'obtient pas toujours ce résultat, des faits nombreux ont néanmoins prouvé que très-souvent la réaction était nulle.

Nous avons prouvé tantôt combien est peu fondée l'opinion de l'honorable Rapporteur, quand il affirme que la réduction des fractures graves est accompagnée de douleurs vives ; je lui ai démontré en même temps que la réaction ne pouvait point se déclarer avant le deuxième ou le troisième jour de l'accident. Aujourd'hui, il soutient que l'inflammation est déterminée par les longs efforts de réduction et par les vingt-quatre premières heures de contention circulaire. Ainsi l'irritation occasionnée par les fragments, leur mobilité, les tiraillements musculaires, l'afflux du sang, les épanchements sanguins, suite de la rupture des vaisseaux, la déchirure des fibres musculaires, ne seraient donc plus capables de provoquer cet état inflammatoire ? Ce raisonnement, Messieurs, n'est pas admissible ; il faut plus que de simples assertions pour établir une telle conséquence. Ce ne sont pas les longs efforts de réduction absolue et les premières vingt-quatre heures de contention qui développent l'inflammation, car l'expérience des faits atteste le contraire, et la Commission elle-même, en résumant les fractures compliquées et comminutives de M. Seutin, soumises à son examen, a résolu ce problème en déclarant que ces cas remarquables n'ont pas même été accompagnés d'accidents inflammatoires.

M. Phillips préfère aussi la coaptation complète, absolue, quand elle est possible, et jamais il ne laisse aux fragments cette facilité de déplacement.

Le moyen ingénieux qu'il recommande à cet effet, quel est-il ? une simple gouttière dans laquelle le membre est maintenu, dit-il, dans l'immobilité et dans la demi-flexion. L'honorable membre a-t-il eu recours à l'amidon, aux valves et aux bandes pour conserver au membre cette immobilité et pour construire sa gouttière ? sinon, quel est donc ce moyen auquel il a donné la préférence ? Est-ce la gouttière en fil d'archal préconisée par M. Mayor ? mais le bandage amidonné jouit de tous les avantages des autres

méthodes et s'adapte à tous les perfectionnements utiles et sanctionnés par l'expérience. — Continuons l'examen des objections de M. Phillips. « Lorsque la fracture comminutive, dit-il, est compliquée de la déchirure des gros vaisseaux nécessitant la ligature du tronc principal, n'y aurait-il pas au moins imprudence à entourer le membre d'une contention circulaire? » etc.

Certainement il y aurait imprudence; nous disons plus : il y aurait oubli des règles de l'art.

Qui oserait appliquer un bandage amidonné lorsque les accidents sont de nature à exiger impérieusement l'amputation du membre? Que ferait M. Phillips s'il était appelé à donner ses soins à un blessé qui serait atteint d'une fracture comminutive de la cuisse ou de la jambe, compliquée de la déchirure des gros vaisseaux, nécessitantla ligature de l'artère principale? Placerait-il le membre dans une position demi-fléchie après avoir lié cette artère? mais comment obviera-t-il à l'hémorrhagie que les vaisseaux par leur anastomose continueront à alimenter? Exercera-t-il une compression très-forte pour arrêter ces écoulements sanguins? mais la compression est nuisible, elle produirait la gangrène : ou bien abandonnera-t-il son blessé aux chances d'une suppuration intarissable? Non, Messieurs, il fera comme nous : il pratiquera immédiatement l'amputation du membre; il dira que la règle prescrit de conserver le membre dès qu'il y a moyen de lier haut et bas, et non au point lésé, les gros vaisseaux, et de pratiquer au contraire l'amputation plutôt que de faire la ligature de l'artère principale.

On m'objectera peut-être que l'histoire a signalé des faits de guérisons obtenues à la suite de la ligature fémorale dans des hémorrhagies accompagnées de fracture : je connais ces cas, et je puis dire que les circonstances ne sont pas les mêmes. Dupuytren a pu, en liant l'artère fémorale, conserver un membre fracturé dont le fragment avait insensiblement corrodé une artère de la jambe; mais cette fracture était simple, la lésion artérielle s'était formée insensiblement, un sac anévrysmal contenait des caillots de sang, et rien ne s'opposait ici à l'emploi de la compression.

Vous le voyez, Messieurs, les raisons sur lesqnelles s'est basé M. Phillips pour s'opposer à l'application du bandage amidonné, dans les fractures graves, ne supportent pas un examen sévère. Ce n'est pas ainsi qu'une question scientifique mérite d'être traitée. Quand on oppose des exemples contre la validité d'une opinion, il faut au moins examiner s'il est permis d'en déduire des conséquences rigoureuses.

Ainsi, le bandage ne pouvant être appliqué dans les circon-

stances où l'amputation du membre est nécessaire, s'ensuit-il que ce bandage soit nuisible dans le traitement des fractures graves?

M. Phillips n'a pas été heureux dans le choix de ses arguments; il n'a pas réfléchi que ce qu'il appelle les partisans quand même de l'inamovibilité n'oublient point les règles de la science sanctionnées par une longue expérience : ils n'appliquent jamais le bandage amidonné quand l'amputation du membre est formellement indiquée.

Contrairement à l'opinion de M. Phillips, et dans l'intérêt de la propagation de la méthode amovo-inamovible, je terminerai en disant aux praticiens de campagne qui vont voir leurs malades à cinq ou six lieues de distance : « Quand vous rencontrerez une fracture grave, appliquez immédiatement le bandage amidonné; mais ne faites point de compression, que vos bandes soient méthodiquement placées. Incisez le bandage aussitôt qu'il sera sec, et plus tôt si le blessé se plaint de quelques souffrances; surveillez vos blessés pendant les premiers moments, administrez tous les soins nécessaires pour prévenir les accidents inflammatoires; rejetez les conseils des chirurgiens timides qui vous engagent à combattre d'abord les accidents inflammatoires : mieux vaut les prévenir par un bandage contentif, en maintenant exactement les fragments en rapport dans une immobilité parfaite.

Si vous restez inactifs, l'inflammation se développe et détermine ces accidents graves qui compromettent la vie de vos malades; bien loin de craindre l'application du bandage amidonné, vous vous convaincrez que ce bandage vous rendra de grands services. Simplifiez et modifiez les procédés suivant les circonstances; en combinant l'action simultanée des valves avec les moyens extensifs connus, vous ne serez plus obligés de maintenir l'extension forcée pendant toute la durée du traitement; vous pourrez faire asseoir votre blessé sur une chaise, le transporter au jardin, ou bien lui accorder quelques exercices si utiles à la conservation de sa santé. Enfin, vous n'appliquerez jamais ce bandage, ou tout autre, quand des raisons puissantes vous indiquent la nécessité d'amputer le membre.

Lecture de la lettre de M. Didot en réponse à celle de M. Velpeau.

Messieurs,

Les paroles que j'ai eu l'honneur de prononcer dans cette enceinte, le 29 juin dernier, ont soulevé des réclamations et des critiques qui m'ont peu étonné : l'importance du sujet, la position des personnes, les conclusions qui ressortaient naturellement des

faits que j'avais agglomérés ; tout me présageait que l'incident ne pouvait passer inaperçu et que le moment était venu où la vérité devait se faire jour.

C'est ce qui m'a donné le courage d'aborder un sujet aussi délicat, et la volonté de revendiquer auprès de celui qui passe à juste titre pour l'un des principes de la science, le mérite d'une découverte qui s'est popularisée en France sous un nom qui, quoi qu'on en dise, n'est point celui de M. Seutin, seul et véritable auteur de la méthode.

Permettez-moi d'abord, Messieurs, de répondre sommairement à tout ce qui a été dit à ce propos : ce seront autant d'arguments indirectement produits en faveur de l'application pratique de la méthode de M. Seutin, et, sous ce rapport, je rentrerai dans l'objet spécial de la discussion qui est pendante devant vous. J'aborderai ensuite l'incident soulevé par la lettre de M. Velpeau, pour me livrer à une appréciation équitable des prétentions de cet honorable professeur, prétentions que nous lui avons toujours contestées.

Un honorable membre de cette Assemblée, dont la haute raison jette tant d'éclat sur vos travaux, M. Fallot, a dit qu'il n'était ni équitable, ni habile, ni digne de la cause que nous soutenons, de faire valoir le prestige de la nationalité pour vous intéresser en faveur de la méthode de M. Seutin et vous engager à la couvrir de votre égide ; qu'elle n'a besoin d'aucun éclat d'emprunt, et qu'il suffit de la considérer en elle-même pour en apprécier tout le mérite.

A cela, Messieurs, je répondrai simplement que, si les choses se passaient toujours et partout comme elles se passent en Belgique, en Hollande, en Allemagne et en Angleterre, il serait parfaitement inutile de se coaliser en quelque sorte pour défendre un nom, un procédé, une méthode : chacun se ferait un devoir de respecter les titres de l'inventeur ; on n'irait point, après avoir reconnu l'importance d'une découverte, après lui avoir accordé les plus belles paroles en son éloge, chercher à l'amoindrir par des critiques tracassières. On ne tenterait pas surtout de s'attribuer la plus large part dans le mérite de l'invention, pour des modifications insignifiantes, ou pour de prétendus perfectionnements. Mais puisqu'il n'en est point ainsi, puisque ailleurs on se coalise pour nous ravir ce dont nous sommes fiers, pourquoi n'opposerions-nous point à la coalition la puissance de l'association ?

Voilà, Messieurs, la seule réponse que je puisse faire à l'honorable M. Fallot, et je suis certain d'avance qu'elle le satisfera, puisque mon seul but est de faire triompher la vérité.

L'honorable M. Phillips, de son côté, obéissant à un sentiment de gratitude pour son ancien maître, a blâmé l'accusation de *plagiat*, que j'avais articulée contre M. Velpeau, et a prétendu que, de ce chef, *il n'avait pas fait un acte qui dût faire crier si fort au vol, à la contrefaçon*, parce que, *dans les trois premières années, le bandage amidonné ne fut autre chose qu'un bandage inamovible et ne constitua ni une méthode ni une doctrine.*

J'aurai tout à l'heure l'occasion d'examiner la question de *plagiat* ou de *contrefaçon* : que M. Phillips veuille bien, quant à présent, recourir aux différents mémoires qui ont été publiés en 1836, et il verra clairement que la méthode de M. Seutin embrassa, dès cette époque, une sphère assez étendue pour que son auteur pût dire *qu'il était impossible de préciser jusqu'où les chirurgiens expérimentateurs pourraient en reculer les bornes ;* il verra surtout que, pendant l'année 1836, la section du bandage modifia la méthode de manière à créer cette condition d'*amovo-inamovibilité* qui fait aujourd'hui sa supériorité ; il verra, enfin, qu'alors déjà M. Seutin l'avait employée non-seulement dans les fractures, mais encore dans les luxations, les caries, les névroses, les tumeurs blanches, les résections, les brûlures, les orchites, les amputations, et dans quantité d'autres affections.

Or, si ce n'est point là une méthode, et une méthode complète, si ce n'est point là une méthode raisonnée, il restera à bien préciser les conditions que l'on exige pour qu'une série de principes constitue ce que l'on est convenu d'appeler une méthode.

L'honorable M. Phillips trouve aussi que j'ai manqué de *courtoisie* envers *une des gloires de l'école française*, et que j'ai trop *légèrement oublié* que M. Velpeau avait, en maintes circonstances, rendu justice au mérite de l'invention de M. Seutin ? Pour le prouver, M. Phillips cite quelques phrases empruntées à l'ouvrage de M. Janselme.

Ceci soulève deux questions bien distinctes et nécessite de ma part quelques explications.

Dans tout pays où le droit de propriété est consacré par les lois et par l'usage, il ne peut y avoir défaut de *courtoisie* à revendiquer une propriété dont on croit être injustement dépossédé, cette propriété eût-elle été largement vantée et louée par celui qui s'en empare : or, dans ce cas-ci, je crois m'être servi d'expressions assez *convenables*, je crois avoir employé des formes assez *courtoises* pour être autorisé à repousser, de toutes mes forces, le reproche de l'honorable M. Phillips. Mais, dira-t-on, M. Velpeau est un homme supérieur ! M. Velpeau est *une des gloires de l'école française*, et l'on ne doit point l'oublier facilement. Je connais tout cela, Mes-

sieurs; aussi je me permets de faire observer que si dans les pays policés il est permis, pour des affaires civiles, d'ester en justice même contre le Chef de l'Etat, il me semble qu'il nous est bien loisible d'évoquer devant vous, qui constituez un tribunal scientifique, une cause dans laquelle se trouve mêlé le nom de l'honorable M. Velpeau. Soutenir le contraire serait porter la perturbation dans toutes les idées reçues.

Quant aux citations qu'a rapportées M. Phillips, elles ne sont pas plus concluantes que celles que M. Velpeau lui-même a transcrites dans sa lettre : ce ne sont pas des phrases détachées qu'il faut juger, ce ne sont point des mots épars qui doivent former une conviction, c'est l'esprit qui a présidé à toute une rédaction, c'est l'ensemble de cette rédaction. Or, je le déclare formellement, et je le prouverai tout à l'heure, les éloges adressés à M. Seutin figurent toujours et partout au second plan du tableau, et ne sont présentés que comme des propositions accessoires servant à démontrer la supériorité des idées que l'on a données pour *originales*, tandis qu'elles ne sont que la simple reproduction de celles de M. Seutin. On vante, à la vérité, l'invention de la matière solidifiante, on annonce que l'on a expérimenté *dans le principe*, d'après les idées de M. Seutin, on va même jusqu'à lui concéder les ouvertures destinées à l'écoulement de la suppuration; mais en réalité on n'admet que le soi-disant *appareil de l'auteur :* c'est lui que l'on vante, que l'on emploie, que l'on démontre aux élèves, et si l'on parle *parfois* de celui du chirurgien de Bruxelles, c'est comme d'une chose bonne en principe, mais *trop compliquée*, puisqu'on a dû la *simplifier*, et incapable en résumé d'entrer en parallèle avec la nouvelle méthode dont on se dit l'auteur.

Ce que je dis ici est si vrai, qu'en France aujourd'hui, et surtout à Paris, c'est à peine si les jeunes praticiens connaissent la méthode, je ne dirai pas *amovo-inamovible*, mais simplement *amidonnée* de M. Seutin. Grâce à la substitution de la dextrine, on ne connaît et l'on n'emploie plus que la méthode dite de M. Velpeau! Cela vous étonne, Messieurs : eh bien vous pouvez vous en assurer en consultant les différents comptes-rendus de certaines cliniques parisiennes, ou bien encore en feuilletant l'ouvrage le plus classique de notre époque, les *Eléments de Médecine opératoire* de M. Velpeau. C'est en vain que vous y chercherez un mot, un seul mot relatif aux travaux de M. Seutin. Vous savez cependant que cet excellent livre représente une Encyclopédie véritable de tous les procédés chirurgicaux bons ou mauvais, et qu'il contient une appréciation rigoureuse de chacun d'eux. Pourquoi donc l'auteur a-t-il fait exception à l'égard des fractures, et pourquoi à côté des

procédés de l'auteur n'a-t-il trouvé place que pour l'hyponarthécie de M. Mayor ?

En présence de ces faits, que font, je vous le demande, quelques citations empruntées çà et là aux nombreux écrits publiés sur la matière?

Ce qui précède me ramène naturellement vers l'objet principal de cette discussion, c'est-à-dire vers la lettre de M. Velpeau, que je vais examiner rapidement et avec toute la modération que réclame un sujet aussi important.

Je dois, Messieurs, démontrer que j'étais en droit de m'exprimer comme je l'ai fait dans la séance du 29 juin dernier; je dois achever de prouver que M. Velpeau s'est injustement attribué l'honneur de donner son nom à une méthode de traitement des fractures, alors que toutes les idées émises par ce professeur étaient d'avance consignées dans les écrits de M. Seutin ; je dois enfin vous faire voir à l'évidence, que si l'invention de M. Seutin est *une vérité*, celle de M. Velpeau n'en est que la *reproduction défectueuse*, puisque L'IMITATION n'a pu s'étendre aux précieux avantages de l'*amovo-inamovibilité*. Je réclame, Messieurs, et votre bienveillance et une grande indulgence.

Je dois d'abord, puisqne M. Velpeau lui-même le désire, *indiquer au juste ce que M. Seutin a le droit de s'attribuer* et ce que nous revendiquons en sa faveur : ce sera le meilleur moyen *d'éviter toute confusion* et de bien faire comprendre que si nous respectons les *exigences des relations scientifiques,* nous n'ignorons pas que la loyauté de la discussion réclame *certaine franchise* d'expression, afin d'expliquer nettement la question et de préciser exactement les faits en litige.

Procédant par voie analytique, l'honorable M. Velpeau conteste d'abord à M. Seutin tout mérite de priorité, soit dans l'emploi du moule inflexible, c'est-à-dire dans l'*inamovibilité,* soit *dans la forme du bandage,* soit enfin dans le principe de la *déambulation. Dès lors*, dit-il, *que reste-t-il d'absolument neuf dans le bandage de M. Seutin? un fait, un fait important, la substitution de l'amidon aux autres matières solidifiantes essayées jusque-là.*

Permettez-moi, Messieurs, de dire quelques mots sur ces corollaires, afin d'apprécier à leur juste valeur des assertions qu'il est si facile de détruire: nous y trouverons, du reste, une transition naturelle pour arriver au centre des travaux de M. Velpeau et nous placer de manière à pouvoir y pousser nos investigations assez avant pour reconnaître chaque pièce de butin appartenant en propre à notre compatriote.

M. Seutin n'a, je crois, jamais songé et ne songe point encore à

réclamer l'honneur d'avoir inventé le *moule inflexible des appareils inamovibles.* Il sait trop bien que l'antiquité, avec ses traditions plus ou moins apocryphes, oppose une barrière infranchissable à celui qui manifesterait de telles prétentions : il sait également que c'est au Nestor de la chirurgie militaire française qu'appartient la priorité de l'*importation* de cette méthode. Mais aussi il est un point que M. Velpeau ne peut ignorer, et qui devrait, ce me semble, faire plus équitablement apprécier l'importance que l'on affecte aujourd'hui d'accorder à l'appareil de Larrey : c'est qu'en 1837, MM. Seutin et De Roubaix *cherchèrent vainement dans tout Paris un appareil appliqué d'après les indications de ce chirurgien.* C'eût été une occasion favorable d'établir un parallèle entre les deux méthodes. Mais en vain prirent-ils des informations, nulle part les internes ne se rappelaient l'avoir vu employer. Le procédé de Larrey était donc tombé dans un discrédit complet, et M. Velpeau devait le savoir mieux que personne, lui qui en 1830 s'était vu forcé, comme les autres, de renoncer aux tentatives de perfectionnement et d'améliorations qu'il avait poursuivies avec tant de persévérance, afin d'apporter des modifications avantageuses à l'appareil trop lourd et trop coûteux du chirurgien du Gros-Caillou.

Disons donc que M. Seutin n'a aucune prétention à *l'invention* des moules inflexibles, mais qu'il peut et doit réclamer le mérite d'avoir rajeuni, d'avoir *réhabilité les appareils inamovibles* abandonnés avant lui ; qu'il peut et doit à juste titre revendiquer l'honneur de leur avoir donné cet ensemble de qualités qui en rendent l'application aussi simple, aussi facile qu'elle est précieuse dans ses résultats.

Voilà, quant à *l'inamovibilité*, ce que M. Velpeau aurait dû dire d'une manière spéciale, et ce qu'il a contesté, malgré l'évidence des faits. Sous ce rapport, il y a donc un premier défaut de justice envers M. Seutin.

Mais suivons M. Velpeau dans son énumération, et voyons si, du moins, il sera plus indulgent quant à *la forme du bandage.* Nullement, *puisque*, dit-il, *le bandage du Scultet est employé de temps immémorial dans le traitement des fractures, et puisque les fanons et faux fanons, les talonnières et les attelles de carton étaient usitées soit par M. Larrey, soit par Assalini.....*

M. Velpeau commet ici une nouvelle erreur, car le mérite de *la forme* des appareils de M. Seutin est de n'en avoir aucune : la supériorité des bandages amidonnés est de pouvoir se prêter à toutes les idées, à tous les caprices du chirurgien. Ne lisons-nous point à chaque page des mémoires publiés sur la matière, que c'est

au praticien à modifier la confection des appareils suivant son génie, suivant l'exigence des différentes affections? M. Seutin n'a-t-il pas dit et écrit que peu lui importent les substances ou la forme des bandes; que du moment où il y a contention exacte, coaptation parfaite, solidité et légèreté des bandages, le reste lui importe peu? N'a-t-il pas annoncé assez hautement que l'emploi de la bande roulée est tout aussi indifférent dans la grande majorité des cas, que celui des bandelettes de Scultet, et que les attelles de carton elles-mêmes ne sont point de rigueur pour construire l'appareil, si les tours de bande sont assez multipliés? Comment, après cela, est-il possible de prétendre que M. Seutin n'a rien à réclamer pour *la forme* de ses appareils, alors surtout qu'il rejette la plupart des pièces dont M. Velpeau fait une si complaisante énumération, alors qu'il donne toute espèce de latitude au chirurgien, et qu'il l'affranchit de ce rigorisme aveugle du manuel ancien, pour le guider par les vues et par les déductions de la physiologie la mieux entendue?

Évidemment, M. Velpeau obéit encore ici à un système d'exclusion qui ne saurait s'allier avec les idées de convenances académiques auxquelles il nous ramène avec tant de prédilection.

Quant à la *déambulation*, j'avoue, Messieurs, qu'il m'est assez difficile de bien coordonner les paroles de M. Velpeau et de ne pas trouver une contradiction flagrante dans les termes mêmes de la lettre qui est entre vos mains. En effet, j'y trouve, d'une part, cet extrait de la note adressée à l'Académie des sciences, qui déclare que *par la manière dont M. Seutin a envisagé le principe de la déambulation, par l'extension qu'il lui a donnée, il se l'est pour ainsi dire appropriée.* Et plus loin, je lis dans le texte même de la lettre : *c'est donc la déambulation? pas davantage, puisque, outre les essais peu connus d'Amesbury, de M. Léger, etc., ce précepte avait été posé par M. Bérard, en 1833, d'une manière très-nette.*

Ainsi, d'une part, on déclare que la *déambulation* a été traduite en précepte par M. Seutin, et qu'il se l'est à bon droit appropriée, tandis qu'à la page suivante on paraît tout étonné d'une prétention que M. Bérard seul pourrait soutenir, parce que, dès 1833, il en aurait parlé d'une manière très-nette.

Vous comprendrez, Messieurs, qu'il serait superflu d'insister sur une contradiction qui suffit à elle seule pour vous faire craindre bien des erreurs pour la suite de l'argumentation de M. Velpeau. Qu'il me suffise, en ce moment, de dire que si l'honorable M. Bérard a publié en 1833 que, « grâce à l'étoupade de Larrey, la déambulation *était possible,* » il n'a point songé à donner à cette formule l'importance d'un précepte, et n'a pas, comme M. Seutin,

saisi les considérations physiologiques qui ont dicté à notre compatriote les développements tout à fait neufs que nous lisons dans ses Mémoires. Aussi, c'est à juste titre que M. Velpeau a proclamé, dès 1837, que M. Seutin s'était approprié cette question et qu'elle lui appartenait. Tenons-nous-en à cet aveu, il suffit pour contrebalancer l'effet du second passage auquel je viens de faire allusion.

Du reste, une chose le prouve mieux que ne le feraient les paroles les plus éloquentes : c'est qu'à l'époque où MM. Seutin et De Roubaix se trouvaient à Paris, on ne connaissait pas plus la *déambulation*, que l'on ne rencontrait d'appareils inamovibles, et à l'hôpital Saint-Antoine, pas plus qu'ailleurs, il ne fut possible à ces Messieurs de découvrir un appareil de Larrey disposé de manière à permettre la marche. Votre étonnement redoublera, Messieurs, lorsque vous saurez que l'un des internes de M. Bérard, questionné sur cette circonstance remarquable, répondit sans hésiter qu'il n'avait jamais vu à l'hôpital Saint-Antoine aucune trace de cette méthode de traitement des fractures ; et pourtant il y était depuis dix-huit mois.

En présence de tels faits, croirez-vous encore que M. Bérard ou M. Amesbury, avec ses machines coûteuses et compliquées, puissent enlever à M. Seutin l'honneur d'avoir généralisé le précepte de la *déambulation*, et de l'avoir étayé sur des considérations physiologiques méconnues avant lui ? Je ne le pense pas : aussi j'abandonne cette partie de la lettre de M. Velpeau, pour le suivre sur un autre terrain.

M. Velpeau, en parlant des prétentions de M. Seutin, demandait tout à l'heure *qu'on lui indiquât au juste ce que ce chirurgien s'attribuait dans le bandage inamovible.* Remarquez bien, je vous prie, Messieurs, que toute l'argumentation de l'honorable professeur de la Charité repose toujours sur cette question de l'*inamovibilité*, et ne touche en rien à *l'amovo-inamovibilité*, si ce n'est pour trouver la dénomination *assez étrange*, sans faire attention qu'elle représente une condition mixte qui assure à la méthode de notre compatriote une supériorité si grande sur toutes les méthodes rivales.

D'où vient cette persistance à vouloir enchaîner M. Seutin à la remorque de tous les *inamovibles* anciens et modernes ? D'où vient ce dédain si persistant pour la section de l'appareil, section sur laquelle on passe sans s'y arrêter, comme si c'était l'un des moindres accessoires de la méthode ?

Vous le comprendrez, Messieurs, lorsqu'après avoir passé en revue la série des travaux entrepris et par M. Velpeau et par M. Seutin, à l'effet d'arriver à la création d'une nouvelle méthode, vous reconnaîtrez qu'il y a eu impossibilité pour M. Velpeau d'aller

au delà de *la bande roulée* et de *la dextrine*, sans avouer implicitement qu'il copiait son collègue de Bruxelles et qu'il l'imitait dans les moindres détails de ses appareils. Or, vous pensez bien que M. Velpeau ne pouvait agir de cette façon, et que sa haute réputation lui interdisait une conduite aussi peu digne de lui.

Voilà certainement, Messieurs, pourquoi M. Velpeau parle toujours du bandage de M. Seutin comme d'un *bandage inamovible*; voilà pourquoi M. Velpeau a toujours refusé et refuse encore de recourir à un perfectionnement qui, adopté par lui, condamnerait à l'instant même toutes les prétentions qu'il a soulevées en 1837. C'est une sorte de nécessité d'amour-propre, nécessité logique si l'on veut, mais nécessité bien déplorable, puisqu'elle oblige un clinicien aussi haut placé que l'est M. Velpeau à sacrifier la méthode la plus parfaite que nous possédions, pour défendre de petites prétentions personnelles sans portée pour sa gloire et sans avantage pour l'humanité.

Je m'aperçois, Messieurs, que j'aborde ici une question délicate et que je m'engage sur un terrain où plus d'un écueil rend la marche difficile. Rassurez-vous, je serai réservé et n'oublierai pas qu'il s'agit d'une des gloires de l'école française, d'un de ces hommes de génie pour lesquels nous avons tous de l'estime et du respect; mais, d'un autre côté, si je suis forcé de pousser mes recherches jusqu'aux confins des domaines de la science, je n'oublierai pas que dans notre camp se trouve une de nos célébrités chirurgicales injustement dépossédées d'une invention qui par un travestissement insignifiant fait la gloire d'un rival étranger. — La vérité est une, il faut qu'elle se fasse jour, abstraction faite et des noms et des personnes.

Mais avant d'épuiser ce sujet, il est nécessaire que vous compariez rapidement les éléments qui, de part et d'autre, ont concouru à la détermination du résultat que nous constatons. C'est de cet examen froid et impartial que résultera pour vous la conviction que les deux méthodes écloses du même germe se sont trouvées violemment séparées sans avoir perdu les caractères qui les rattachent à la souche commune.

Vous connaissez, Messieurs, l'origine et le développement des travaux de M. Seutin : vous savez que l'idée première, conçue en 1834, s'est trouvée, à la fin de 1836, assez mûre et assez parfaite pour que son auteur pût soumettre au public une méthode générale de traitement des fractures, dont les principaux avantages étaient : 1° d'être *amovo-inamovible*, c'est-à-dire de réunir tous les bienfaits des appareils temporaires et permanents; 2° de pouvoir se combiner avec les moyens de pansements ordinaires;

3° d'abréger le séjour au lit, en accordant aux blessés les avantages de la déambulation; 4° de permettre l'extension de son emploi à une foule d'affections variées.

Vous vous rappellerez que les premiers essais de M. Seutin avaient été rectifiés, les appareils simplifiés, et leur confection débarrassée des entraves de la routine ancienne : il est inutile que j'y revienne.

Par opposition aux travaux de M. Seutin, permettez-moi de vous exposer en peu de mots ce que, de son côté, M. Velpeau a tenté pour créer une méthode *nouvelle*. La connaissance de la route suivie par les deux concurrents vous placera au point de vue qui s'est offert à chacun d'eux au moment d'atteindre le but : or, j'affirme que cette connaissance est d'une haute importance dans la question que vous examinez.

En 1826, M. le professeur Velpeau publia ses recherches sur la *compression* appliquée au traitement de l'*érysipèle des membres*. Marchant sur les traces d'Ambroise Paré, de Theden et de M. Bretonneau, il arriva *comme ses devanciers*, et de concert avec MM. Récamier, Lombard, Yung, Furtherts, Lisfranc, Carron du Villard, et autres, à recommander l'usage du *bandage roulé* comme agent principal de la compression, sauf qu'il insista sur l'utilité des pièces de remplissage pour ménager les saillies osseuses ou tendineuses.

Voilà, Messieurs, l'origine authentique de ce que M. Velpeau appelle son *appareil compressif*, appareil qui, comme vous le voyez, constitue une propriété indivise entre plusieurs noms également recommandables.

En 1829 et 1830, M. Velpeau se livra à des tentatives de perfectionnement du bandage inamovible de Larrey; il essaya, comme il le dit lui-même, de combiner le liquide solidifiant usité par ce chirurgien avec le *bandage compressif* que lui, Velpeau, employait depuis longtemps. C'était (j'extrais ceci de la note présentée à l'Académie des sciences), c'était, dis-je, *un plan de bandelettes de Scultet* appliqué à nu sur le membre fracturé; par-dessus, une épaisse couche de filasse bien imbibée d'un liquide composé d'eau de saturne, d'eau-de-vie camphrée et de blancs d'œufs; *un second plan de Scultet*, imbibé du même liquide, recouvrait l'étoupe, et le tout était assujetti au moyen *du bandage roulé ordinaire*. Des coussins et des attelles maintenaient l'appareil pendant trois jours, jusqu'à dessiccation complète. *Cependant*, ajoute M. Velpeau, *je ne tarderai pas à mettre de côté cette combinaison et à reprendre ma première méthode*, c'est-à-dire les appareils à attelles, pour les motifs suivants :

1° Parce que quand il y avait du gonflement au membre, il se faisait promptement un vide au-dessous du bandage ;

2° Parce qu'alors je n'avais pas pensé à un avantage sur lequel je reviendrai bientôt ;

3° Parce que chez deux sujets affectés de fractures compliquées de plaie, il survint des accidents qui ne permirent pas de laisser l'appareil au delà de quinze jours sans le renouveler ;

4° Parce que, pour enlever ce bandage, on éprouve de grandes difficultés ;

4° Parce qu'enfin *j'ai toujours été désireux de pouvoir lever et réappliquer sans peine la compression que j'établis sur un membre fracturé !*

Voilà, Messieurs, à quel point en étaient et les idées et la pratique de M. Velpeau lorsqu'il renonça à ses tentatives d'amélioration des appareils *inamovibles :* d'un côté, il avait adopté pour *appareil compressif*, la classique *bande roulée* à laquelle il avait associé, comme vous venez de le voir, les bandelettes de Scultet ; de l'autre, il avait abandonné la matière solidifiante de Larrey, et n'avait rien trouvé de mieux à faire que de revenir aux erreurs des anciens appareils à attelles, c'est-à-dire à son point de départ. Il y avait donc eu conquête négative !

Veuillez, s'il vous plaît, Messieurs, ne point perdre de vue ce qui vient d'être dit sur l'*appareil compressif* de M. Velpeau et sur l'inutilité de ses tentatives de perfectionnement. Cela vous fera mieux comprendre l'enchaînement des circonstances qui en 1837 amenèrent ce chirurgien à faire l'apologie d'une méthode qu'il avait textuellement condamnée en 1830, et le forcèrent à rejeter un perfectionnement qui réunissait toutes les conditions du programme qu'il avait formulé en renonçant aux appareils de Larrey.

Quoi qu'il en soit, nous arrivons au moment où M. Velpeau connut la méthode de M. Seutin, c'est-à-dire à la fin de 1836, époque où M. le docteur De Roubaix en fit la démonstration à la Charité, et remit lui-même à M. Velpeau les différents Mémoires publiés.

Voici comment l'honorable professeur rend lui-même compte des différentes circonstances qui le déterminèrent à créer ce qu'il appelle une *nouvelle méthode.* — Après avoir expérimenté sur un certain nombre de malades à la Charité, il reconnut que *le perfectionnement* renfermé dans la méthode de M. Seutin était parfaitement en harmonie avec ses idées ; aussi l'accepta-t-il sur-le-champ..... « *Mais*, dit-il dans la note de l'expérience, *je me suis promptement* « *aperçu que* MON *ancien appareil compressif* (vous savez, Mes- » sieurs, en quoi il consiste) « *serait avantageusement substitué à*

« *celui de M. Seutin; de sorte que l'appareil des fractures de la* « *jambe se réduit aujourd'hui*, POUR MOI ! *à un simple bandage* « *roulé dont on agglutine les différents tours avec une colle soluble* « *quelconque.... à trois ou quatre plaques de carton mouillé..... et à* « *quelques remplissages sur les bords du tendon d'Achille....* »

Notez que cette *colle soluble et siccative quelconque* était alors la bouillie d'amidon, substance que M. Velpeau déclarait être la meilleure et la plus convenable pour remplir les indications proposées. Alors il n'était point encore question de la dextrine, qui n'arriva que plus tard.

Que dirai-je de la citation qui précède? qu'en penserez-vous, vous-mêmes, Messieurs? Mais sans doute vous allez vous écrier que les mêmes formules se trouvent mot pour mot dans les Mémoires de M. Seutin, et que les *simplifications* annoncées par M. Velpeau, en septembre 1837, étaient depuis longtemps prescrites et mises en pratique par l'auteur de la méthode amovo-inamovible. — En entendant ce programme de M. Velpeau, vous avez fait d'avance la réflexion que M. Seutin avait généralisé l'usage de la bande roulée et qu'il n'avait réservé les bandelettes de Scultet, comme du reste M. Velpeau lui-même en donne le précepte dans sa *Médecine opératoire*, que pour *les fractures compliquées de la jambe* et pour les cas où l'on doit *redouter d'exciter trop de tiraillements et de douleur en tenant le membre soulevé pendant l'application du bandage*.

En voilà assez, Messieurs, pour vous démontrer le peu de fondement des diverses assertions de M. Velpeau et vous convaincre qu'il y a eu de sa part appréciation peu équitable des travaux de M. Seutin. — En voilà assez surtout pour prouver que la contrefaçon existe à l'évidence et que c'est de la méthode de M. Seutin qu'est sortie la modification peu dissimulée de M. Velpeau. Et, en effet, n'ai-je pas démontré que les éléments et la forme du bandage de M. Velpeau sont entièrement empruntés à M. Seutin? M. Velpeau lui-même n'a-t-il pas reconnu que l'idée première *d'une colle soluble et siccative quelconque* appartient à M. Seutin? M. Velpeau n'a-t-il pas aussi concédé la déambulation à M. Seutin? Dès lors, que reste-t-il donc dans la *nouvelle méthode* de M. Velpeau qui soit propre à ce professeur? J'avoue naïvement que pour ma part je n'y découvre absolument rien, si ce n'est la dextrine, qui en 1838 fut substituée à l'amidon.

Mais je me trompe, car M. Velpeau s'est chargé lui-même de nous édifier à cet égard, et nous trouvons dans les conclusions finales de sa note à l'Académie des sciences la solution du problème que je ne puis résoudre. Voici comment l'habile écrivain distribue les

parts revenant à chacun dans les progrès imprimés à la thérapeutique des fractures. *La plus grande*, dit-il, *celle de l'inamovibilité, revient de droit à M. Larrey. — M. Seutin peut réclamer la seconde, celle qui concerne l'amidon comme matière solidifiante. — La simplification plus grande encore de l'appareil, avec la généralisation de la compression, est la seule qui puisse m'appartenir !*

Vous le voyez, Messieurs, c'est toujours le même système, ce sont toujours les mêmes moyens : on veut à toute force que le bandage de M. Seutin soit *inamovible*, et on le masque par l'étoupade de Larrey ; on veut que M. Seutin n'ait rien vu au delà de la matière solidifiable, et on lui abandonne l'amidon ; on veut enfin faire oublier la partie intellectuelle de ses travaux, afin d'exhumer un mémoire sur la *compression* employée contre l'érysipèle des membres, et l'on s'en fait un titre pour dire que l'on a généralisé la compression dans le traitement des fractures ! Quant à la *simplification* dont parle M. Velpeau, j'en ai fait bonne justice; je n'ai donc plus à m'en occuper.

Voilà, Messieurs, comment et par quels artifices, passez-moi l'expression, M. Velpeau tenta de s'attribuer la plus belle part dans les perfectionnements introduits dans cette partie de la chirurgie ; voilà comment et pourquoi M. Velpeau s'obstine à ne voir dans la méthode de M. Seutin que la simple *inamovibilité*. S'il en eût été autrement, vous comprenez que les positions changeaient à l'instant : l'inamovibilité pure était mise hors de cause, la part de M. Seutin était grossie de tout ce qu'il eût fallu retrancher et à celle de Larrey et à celle de M. Velpeau lui-même, et l'on eût par conséquent été forcé de lui attribuer autre chose que la matière solidifiable. Mais on ne l'a point voulu, on persiste encore aujourd'hui à ne le point vouloir, et l'on s'étonne de ce que nous nous permettons de réclamer ! En vérité, cela est peu logique.

Je dis donc que M. Velpeau *n'a point simplifié* l'appareil de M. Seutin, puisque M. Velpeau emploie tout ce que M. Seutin prescrit, rien de plus, rien de moins. Il n'a *rien modifié* aux idées de notre compatriote, puisque, comme vous venez de le voir, *l'appareil compressif* de M. Velpeau se réduit à la bande roulée et aux bandelettes de Scultet recommandées par M. Seutin. — Je dirai, de plus, que M. Velpeau *n'a point d'appareil compressif* qui lui soit propre, puisque Paré, Rheden et M. Bretonneau s'étaient servis du bandage roulé, avant lui, pour exercer la compression sur les membres. Or, je ne sache pas que M. Velpeau ait généralisé la compression d'une manière plus spéciale que les auteurs que j'ai cités tout à l'heure, et, dans ce cas, il me semble que si quelqu'un a droit de réclamer le mérite d'avoir généralisé l'emploi pratique de la

compression et *un appareil compressif* quelconque, c'est bien M. Seutin, qui dès la fin de 1836 avait appliqué la méthode à une foule de maladies chirurgicales parfaitement étrangères aux fractures.

Malgré cela, Messieurs, je ne récriminerai pas, et pour ne point donner à M. Velpeau l'occasion de me reprocher ce qu'il appelle des *aménités*, je ne parlerai pas d'injustice : je dirai seulement qu'il y a eu de sa part *inconséquence*, ou, si l'on veut, contradiction avec ses propres écrits, car nous lisons dans une lettre écrite de sa main sous la date du 30 novembre 1837 : « *Il sera dit dans le « rapport à l'Académie de médecine : 1° que vous avez inventé le « bandage amidonné ; 2° que vous avez le premier établi en loi la « déambulation dans les fractures ; 3° que vous avez appliqué ce « mode de pansement à une foule de maladies avant que j'y eusse « moi-même songé.* » Et pourtant, Messieurs, cette déclaration positive n'avait pas empêché M. Velpeau d'écrire et de publier, deux mois auparavant, que *la généralisation de la compression* lui appartenait.

Vous avez déjà saisi, Messieurs, la connexion qui s'établit entre les circonstances et les citations que je viens d'avoir l'honneur de rappeler. Ajoutons que pendant que MM. Jules Cloquet, Breschet, Roux, Laugier, Bérard, Lisfranc, Richerand, Jobert, Fiévée, Pasquier, Gerdy et Amussat s'empressaient, avec une courtoisie parfaite, d'ouvrir leurs cliniques à M. Seutin, M. Velpeau s'opposa constamment à l'application du bandage amidonné dans son service...

Maintenant, Messieurs, pour abréger des détails que vous aurez peut-être trouvés bien longs, Il me reste à vous présenter quelques considérations sommaires sur l'appareil de M. Velpeau en lui-même : j'achèverai ainsi de prouver à l'évidence qu'il y a eu *contrefaçon* et *contrefaçon défectueuse*.

Dans la note que M. Velpeau publia en 1837, pour faire connaître à l'Académie des Sciences la nouvelle méthode qu'il prétendait avoir inventée, l'honorable académicien décrivit, sous le nom d'*appareil de l'auteur*, un bandage composé, comme je l'ai dit, de la bande roulée, de trois ou quatre morceaux de carton, et de remplissages; le tout solidifié au moyen de la bouillie d'amidon. — C'était bien là le bandage élémentaire de M. Seutin : nous le savons tous; il est inutile d'y revenir. Dans cette note, M. Velpeau avait consacré vingt lignes aux travaux de M. Seutin : il employa un espace décuple à énumérer les avantages de son innovation, mêlant çà et là des réflexions élogieuses pour le chirurgien de Bruxelles, le narcotisant en quelque sorte au moyen d'un peu

d'encens, mais ayant soin de dire aussitôt que ces éloges seraient mieux mérités par le perfectionnement qu'il soumettait au jugement du public médical français..... Puis venaient de longues tirades, et des considérations étendues, empruntées presque textuellement aux écrits de M. Seutin; et le tout figurait sous le titre d'*appareil de l'auteur !* C'est, Messieurs, dans ce sens que la plupart des citations contenues dans la lettre de M. Velpeau sont insérées dans le texte de la note : pour vous en convaincre, il doit vous suffire d'en faire une nouvelle lecture, et vous conviendrez immédiatement que ce n'est point un procès de *tendance* que nous intentons à M. Velpeau.

J'ai dit tout à l'heure que non-seulement il y avait *contrefaçon*, mais que la *contrefaçon* était *défectueuse*. Eh ! Messieurs, M. Velpeau ne s'est-il pas vu forcé de renoncer au plus grand progrès que M. Seutin ait imprimé à la thérapeutique des fractures en rendant ses appareils amovo-inamovibles ? M. Velpeau n'a-t-il pas refusé d'adopter la section longitudinale du bandage, seul procédé qui pût le faire sortir de l'ancienne ornière, l'inamovibilité ? — C'est pour cela aussi, qu'après avoir voulu faire quelques pas en avant, il est retombé dans les terreurs qu'il avait lui-même condamnées en 1830.

Qu'est-ce en effet que le *bandage inamovible dextriné*, sinon : 1° *une coque solide dans laquelle il s'établit promptement un vide* permettant aux fragments de jouer comme un pilon dans un mortier ? — Qu'est-ce, sinon une coque inerte, *qui ne permet point de surveiller les parties sousjacentes*, pour éviter les accidents que M. Velpeau attribuait en 1830 à l'appareil de Larrey par lui modifié ? — Qu'est-ce, sinon une enveloppe dure et rugueuse, *que l'on ne peut enlever sans de très-grandes difficultés*, que l'on ne peut couper même avec les ciseaux de M. Seutin, et qui offre en outre un poids et un volume beaucoup trop considérables ? — Qu'est-ce enfin, sinon un moule si compact et si homogène, qu'il s'oppose obstinément à la réalisation du *désir* que M. Velpeau manifestait, en 1830 et en 1837, *de pouvoir lever et réappliquer sans peine la compression qu'il établit sur un membre fracturé* ?

Voilà, Messieurs, ce que M. Velpeau a obtenu en s'appropriant d'abord le bandage de M. Seutin ; voilà ce qu'il a obtenu en se pressant trop de créer une méthode qu'il ne pouvait compléter sans avouer l'emprunt qu'il s'était permis.

Je regrette sincèrement, Messieurs, d'avoir été forcé d'adresser à l'honorable M. Velpeau quelques *aménités* aussi positives ; mais je n'ai pu faire autrement, puisque ce spirituel écrivain demandait itérativement que nous lui expliquassions *ce que nous voulions*, *ce*

dont nous l'accusions, et ce qu'il devait faire pour nous complaire.

Quelques mots encore, relativement à trois autres prétentions formulées dans la lettre de M. Velpeau, et je conclus. « 1° Je vante, « dit-il, une compression exacte et modérée; mais je suis cette « pratique depuis plus de vingt ans, et M. Seutin n'a pas, j'ima- « gine, la prétention de l'avoir inventée. » — Non, sans doute; mais je crois avoir démontré que M. Velpeau ne l'a pas plus inventée que M. Seutin. En revanche, il est une compression que ce dernier peut revendiquer, pour l'avoir employée, et surtout pour l'avoir expliquée *autrement* et *mieux* que ses devanciers : c'est la *compression circulaire*, compression si efficace que tout le monde aujourd'hui veut la mettre à profit pour le maintien de la coaptation des fragments osseux. Cette *compression* est, si je ne me trompe, tout à fait distincte de celle que M. Velpeau étudiait en 1826, et appartient sans contredit à M. Seutin.

« 2° M. Seutin emploie le bandage de Scultet, continue M. Vel- « peau. — Moi, je fais usage du bandage roulé ! Quand même il « y aurait analogie entre nous sous ce point de vue, M. Seutin « n'aurait guère à se plaindre de moi, puisque je me servais *du* « *bandage de Scultet*, ou *du bandage roulé,* et des *appareils ina-* « *movibles* dès l'année 1829. »

J'en demande mille pardons à l'honorable M. Velpeau; mais il commet ici une erreur qui s'est trop longtemps prolongée : M. Seutin n'emploie pas plus le bandage de Scultet que la bande roulée, et sous ce rapport, sa pratique et ses préceptes ne diffèrent point de ce que M. Velpeau fait et dit. — Et puis, quelle conclusion tirer de ce fait qu'en 1829 M. Velpeau employait et les bandes roulées et les bandelettes de Scultet, et les appareils inamovibles ? En cela M. Velpeau n'a fait que ce que nous faisons tous alors : la seule différence qu'il y ait à ce propos entre tous les chirurgiens et le savant professeur, c'est que celui-ci, dans son zèle de perfectionnement, dans son culte éclairé pour la science, avait tenté de s'engager dans une voie de réformes qu'il n'a pu suivre jusqu'au bout. Forcé de revenir sur ses pas et de reprendre les vieilles méthodes, je ne vois pas trop le parti qu'il peut tirer, en ce moment, des essais infructueux qu'il a lui-même condamnés dans son manifeste contre l'étoupade de Larrey. Disons donc qu'il y a une *analogie intime* entre ce procédé de M. Seutin et le sien : disons aussi que M. Seutin a le plus grand droit de se plaindre de ce que cette *analogie intime*, que j'appellerai *identité*, ait été méconnue par l'honorable M. Velpeau.

3° « M. Seutin, dit la lettre, continue à employer l'amidon, « moi je fais usage de la dextrine. Je le laisse parfaitement libre

« de son choix ; mais je ne vois point en quoi le mien peut le « le blesser. » — M. Velpeau oublie ici que ce n'est pas le choix de la dextrine que nous incriminons, puisque nos réclamations remontent à une époqne antérieure à celle où il adopta cette matière solidifiante. Ce dont nous nous plaignons, et nous le répéterons pour la millième fois, c'est que M. Velpeau, dans sa *note* à l'Académie des sciences, ait donné *un bandage* amidonné, inventé et décrit par M. Seutin, comme constituant une *nouvelle méthode* de traitement des fractures *de l'invention* ou *par* M. Velpeau. — Voilà ce que nous reprochons et ce que nous reprocherons sans cesse à cet illustre professeur, dût-on prêter à notre conduite et à notre langage une portée et un sens qui sont loin de notre pensée.

Quant à la dextrine, M. Velpeau est sans doute parfaitement libre de l'employer comme matière solidifiable ; mais l'honorable M. Velpeau n'est pas sorti de la méthode de M. Seutin, parce qu'il aura adopté l'un des éléments de l'amidon au lieu d'employer la substance brute, telle que le commerce nous la fournit partout et toujours.

L'honorable M. Velpeau, trouvant que j'invoquais l'histoire sous l'inspiration de la *complaisance*, de l'*hyperbole* et de l'*enthousiasme*, lui a, de son côté, prêté un langage dont la *complaisance* me paraît aussi trop marquée : je pourrais, si je ne craignais d'abuser encore de votre patience, retoucher le tableau qu'il vous a soumis et placer quelques ombres à côté de traits trop éclatants ; mais je m'arrête, et je ne recourrai point à cette fiction pour compléter ce que j'avais à dire. — Que l'honorable professeur de la Charité veuille bien observer que cette histoire qu'il invoque lui réserve une page assez brillante pour le mettre tout à fait au-dessus de ces petits manéges qu'emploient souvent les hommes ordinaires pour s'emparer de la pensée d'autrui. M. Velpeau est une des gloires de l'école française, je suis le premier à le proclamer ; il a depuis longtemps fait entériner des titres de noblesse qui le mettent au rang des princes de la science, c'est une vérité incontestable ; mais cette position brillante ne doit-elle pas rappeler sans cesse à celui qui a su la conquérir que *noblesse oblige ?*

J'ai été sévère en parlant de ce qu'il y a eu d'anormal dans la double position de M. Velpeau, commissaire chargé par l'Académie de médecine de Paris de juger la méthode de M. Seutin, et de M. Velpeau compétiteur du même M. Seutin auprès de l'Académie des sciences. — A cela M. Velpeau répond qu'il n'a *ni vu, ni possédé* le dossier remis par M. Seutin sur le bureau de l'Académie, et que M. Blandin en a été le seul dépositaire. — Je dois le croire, puisque M. Velpeau l'affirme ; mais ce fait lui-même ne modifie

point la *position de droit* qu'il avait reçue et acceptée, et qu'il a conservée nonobstant l'acte de concurrence scientifique, auquel il s'est livré un mois et dix-sept jours après avoir été chargé du mandat de commissaire. Je crois donc, Messieurs, que mes paroles doivent être maintenues quant au fond, parce qu'elles sont conformes aux idées admises, soit en France, soit en Belgique, et parce que, enfin, nul homme n'est assez parfait pour être juge dans sa propre cause, ou, si l'on veut, pour être juge et partie.

Dinant, 28 novembre 1845.

M. Seutin : M. Didot a fait un oubli très-important. On m'a rapporté que M. Velpeau avait demandé le prix Monthyon, non pas pour ma méthode, mais pour celle qu'il a publiée d'après moi.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

NOV. 1845.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	762,24	+ 9,0	+11,8	+ 5,2	97,5	»	ENE.	Beau.
2	762,35	+ 7,6	+11,1	+ 3,0	96,0	»	ENE.	Sombre, assez beau.
3	766,59	+ 1,7	+ 5,1	+ 0,1	95,0	»	E.-ENE.-ESE.	Brouillard.
4	766,60	+ 0,9	+ 7,7	+ 1,1	99,5	»	E.-ESE.	Très-beau, sans nuages.
5	758,23	+ 4,1	+11,3	+ 1,4	91,0	»	ESE.-S.-SE.	Très-beau, sans nuages.
6	753,65	+ 7,1	+13,3	+ 4,2	87,0	»	SSE.-SE.	Beau le matin, se gâte le soir.
7	752,39	+ 9,9	+14,4	+10,5	93,5	1,91	S.-SE.	Très-beau.
8	749,70	+12,8	+15,5	+10,2	85,0	»	SE.-SSE.	Assez beau, voilé dans la journée.
9	749,14	+12,9	+15,3	+10,9	89,5	»	S.-SE.	Beau, un peu de pluie le soir.
10	747,27	+ 9,6	+11,6	+ 5,1	94,0	0,38	S.-SSE.	Très-beau.
11	743,04	+ 7,9	+12,2	+ 4,8	94,0	2,42	ESE.-S.	Pluvieux, assez beau le soir.
12	746,95	+10,8	+13,3	+ 6,3	93,0	1,02	S.-SO.	Assez beau.
13	749,24	+ 8,1	+ 9,0	+ 6,2	99,0	4,20	NE.-NO.	Pluie toute la journée.
14	758,85	+ 7,2	+ 9,5	+ 3,4	98,5	8,52	OSO.-SSO.	Brumeux le matin et le soir ; beau après-midi.
15	758,63	+ 5,8	+ 6,9	+ 4,3	98,0	»	SSO.-SSE.-S.	Brumeux, sombre.
16	754,59	+ 6,4	+ 9,3	+ 4,0	93,5	»	S.-SSO.-SSE.	Sombre.
17	743,77	+ 7,9	+ 9,5	+ 5,5	91,5	3,56	N.-OSO.	Nuageux, vent fort ; beau le soir.
18	744,78	+ 7,4	+11,2	+ 5,1	92,5	0,51	SSO.-SO.	Sombre, pluie et vent.
19	744,15	+10,0	+13,8	+ 7,9	92,0	0,64	SSO.-SO.	Sombre, brumeux, vent, pluie continue dans la soirée.
20	741,18	+10,2	+12,2	+ 9,0	91,5	13,24	SO.	Nuages lourds, vent, petites pluies par intervalles.
21	748,49	+ 8,0	+ 9,8	+ 6,7	92,0	1,53	SSO.-S.	Nuageux, vent et pluie.
22	745,34	+ 5,8	+ 8,2	+ 3,4	93,5	0,76	SO.-OSO.	Nuageux ; vent et pluie légère le matin, beau le soir.
23	751,65	+ 2,3	+ 4,8	+ 1,6	98,0	1,40	SO.-OSO.	Pluie par intervalles.
24	755,84	+ 0,9	+ 4,3	+ 0,6	99,0	12,35	OSO.-NNO.	Neige et pluie.
25	763,30	+ 1,5	+ 5,2	+ 0,2	95,0	1,15	OSO.-SO.-SSO.	Sombre, brumeux.
26	756,51	+ 6,9	+11,3	+ 5,0	98,0	3,51	SO.-OSO.	Brumeux, humide, sombre.
27	759,42	+10,7	+11,3	+ 8,7	93,0	1,40	OSO.-SO.	Sombre, brumeux.
28	754,05	+ 6,7	+10,0	+ 6,6	91,5	»	S.-SSO.	Sombre le matin, beau le soir.
29	755,37	+ 8,3	+11,7	+ 7,6	92,5	»	S.	Très-beau.
30	748,82	+ 8,2	+ 9,5	+ 3,8	97,5	3,82	SSO.-O.	Pluvieux le matin, beau ensuite.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE.

1. *Sur l'érysipèle de la tête.*

(Annales de Thérapeutique de Rognetta, janvier 1846.)

L'érysipèle de la tête se montre en ce moment dans plusieurs hôpitaux, avec des caractères assez graves pour mériter l'attention des praticiens. Le mal attaque tantôt la face, tantôt le cuir chevelu, et il passe de l'une de ces parties à l'autre. Il frappe de préférence les femmes encore jeunes. Dans une des salles de M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu, on voit plusieurs de ces malades : une, entre autres, qui est enceinte de huit mois; d'autres viennent de guérir de la même affection. On en rencontre pareillement dans le service de M. Rayer et ailleurs. M. Chomel a consacré à cet important sujet une leçon intéressante dont nous allons reproduire les traits principaux. Chez la plupart de ces malades, l'affection débute par un frisson suivi de fièvre et de délire; délire dans les paroles et dans les actes, car l'une des malades de l'Hôtel-Dieu s'est levée pour aller se coucher dans un autre lit occupé par une autre malade. Chez quelques-unes, le mal est précédé d'un gonflement douloureux de plusieurs ganglions autour des mâchoires. Quand ces ganglions se déclarent chez des sujets bien constitués et bien portants d'ailleurs, on peut être certain qu'une érysipèle va arriver à la face dans trois, quatre jours, plus ou moins. Cette observation, due à Frank, a été trouvée d'une grande exactitude par M. Chomel. Chez d'autres, les ganglions se sont déclarés après le début de l'érysipèle; ils succèdent à l'inflammation érysipélateuse comme à d'autres maladies, car le propre des ganglions lymphatiques, c'est de s'affecter secondairement dans beaucoup d'affections. A ce premier début succède un gonflement d'un côté de la face, avec rougeur, tension et douleur, comme dans tout autre érysipèle. Le mal envahit petit

à petit toute la face, puis il passe au cuir chevelu. Le délire et la fièvre se continuent pendant plusieurs jours. Dans quelques cas, l'érysipèle débute par le cuir chevelu, et de là il s'étend à la face. On méconnaît facilement la maladie tant qu'elle est bornée au cuir, chevelu ; on la prend aisément pour une affection rhumatismale, pour une névralgie ou pour une autre affection, par la raison qu'elle n'offre pas les mêmes caractères que dans les autres régions. On comprend cependant combien ce diagnostic est important pour le traitement, puisque l'érysipèle du cuir chevelu peut se terminer par la mort. M. Chomel en a vu trois ou quatre exemples : l'érysipèle était bien spontané, non lié à aucune cause traumatique, et chez des sujets bien constitués, bien portants d'ailleurs, et n'ayant jamais été jusque-là atteints d'érysipèle. On croit généralement, dans ces cas, que le mal se prolonge jusqu'aux méninges, puisque des symptômes encéphaliques l'accompagnent dès le début. Il n'en est rien cependant, dit M. Chomel, puisque, à l'autopsie de trois ou quatre sujets dont il s'agit, il n'a rien trouvé dans la boîte crânienne : l'encéphale ainsi que ses enveloppes étaient sains.

Voici, au reste, les caractères à l'aide desquels un clinicien attentif peut reconnaître l'érysipèle du cuir chevelu. S'il y a des ganglions développés autour de la base du crâne, c'est déjà une présomption d'érysipèle, ainsi qu'on vient de le voir. En écartant les tiges capillaires jusqu'à leur base, sur les points gonflés et douloureux, on trouve que la peau est d'un gris légèrement rosé. Cette teinte n'est pas la même que celle de la peau de la face ou de toute autre région frappée d'érysipèle ; mais elle n'est pas non plus celle que le cuir chevelu présente à l'état normal. On peut en reconnaître les différences en examinant comparativement les points du crâne non encore envahis par l'érysipèle. Sur ces points, la teinte est blanchâtre. Un second caractère auquel M. Chomel attache une importance décisive, c'est l'œdème. En pressant en effet avec un doigt les points qu'on présume attaqués d'érysipèle, on produit de la douleur et un enfoncement des tissus ; l'empreinte persiste comme dans tout œdème, et on peut la constater en glissant à plat la pulpe du doigt : on sent ainsi le bourrelet circulaire et l'enfoncement de l'empreinte. Ces caractères ont été faciles à constater sur plusieurs des femmes qui sont en ce moment à l'Hôtel-Dieu. Le mal marche d'un point à un autre du cuir chevelu, la fièvre et le délire persistent avec plus ou moins d'énergie, et enfin la face est envahie à son tour. Alors la nature de la maladie devient patente, et si le médecin l'avait méconnue jusque-là, il ne peut plus rester dans le doute. Ces observations

présentent sans doute un grand intérêt ; cependant on ne comprend pas assez un délire aussi prolongé, aussi grave, sans admettre une lésion des méninges. M. Chomel semble s'expliquer le fait par l'irritation qu'éprouvent les nombreux filets nerveux de la face et du cuir chevelu. Des autopsies incontestables cependant ont dévoilé, dans d'autres cas, l'existence d'une traînée de petits abcès dans l'orbite et dans le crâne, près des orbites ; les membranes cérébrales étaient d'ailleurs injectées (Piorry). Il ne faut pas oublier que dans les tissus à vascularisation fine, comme les méninges, la phlogose ne laisse pas toujours des restes appréciables sur le cadavre, surtout lorsque le mal a duré quelque temps et que des saignées ont été pratiquées. L'érysipèle n'est dans son essence qu'une phlogose vasculaire, une artérophlébite capillaire qui se transmet aux lymphatiques, ou même débute par eux, puisque les lymphatiques communiquent partout avec les veines, quoi qu'en dise M. Serre. Le mal suit la direction des vaisseaux et il entre avec eux dans les méninges. On sait d'ailleurs que l'érysipèle externe lui-même ne laisse pas de traces bien notables sur le cadavre, par la raison, nous le répétons, qu'il s'agit là d'une phlogose vasculaire fine, dont l'intensité est suffisante pour produire la mort, mais pas assez pour laisser des sécrétions morbides, comme les autres inflammations. Ces remarques nous ont semblé nécessaires pour rendre compte des autopsies négatives de M. Chomel.

Un autre fait non moins intéressant, que M. Chomel a mis en évidence, est relatif à un signe avant-coureur de la marche extensive de l'érysipèle. Toutes les fois que la maladie veut s'étendre d'un endroit à un autre, elle produit sur sa limite de progrès un bourrelet rouge à la peau, parfaitement reconnaissable, de l'épaisseur d'une ligne à une ligne et demie. Cette espèce de gonflement limitrophe indique donc une marche extensive, et l'on peut, à son aide, reconnaître les moments de déplacement, et, à son absence, l'époque de sa fixation définitive. Ce double caractère, que nous avons constaté plusieurs fois, offre de l'importance, surtout quand on veut, dit M. Chomel, expérimenter l'efficacité de certains remèdes réputés propres à fixer l'érysipèle erratique ou ambulant. M. Chomel a voulu s'enquérir de la valeur des vésicatoires volants, de la pierre infernale et de la pommade mercurielle à ce point de vue : pour cela, il les a appliqués dans les cas où l'érysipèle présentait le bourrelet dont nous venons de parler, et jamais il n'a vu l'affection se fixer, s'arrêter. Constamment, dit-il, l'érysipèle a franchi le vésicatoire, la pierre infernale et la pommade mercurielle, et continué sa marche am-

bulante. Il en conclut qu'on s'est fait illusion, les succès étant dus à une coïncidence, le mal devant s'arrêter naturellement dans ces cas-là, puisqu'on n'avait pas tenu compte de la condition dont il est question. M. Chomel a observé des cas d'érysipèle ambulant où la phlogose a passé aussi librement qu'ailleurs à travers des surfaces qui se trouvaient par hasard couvertes de vésicatoires. Au reste, M. Chomel ne tient aucun compte de l'action dynamique de ces remèdes. Ils peuvent en effet, par leur action antiphlogistique, être utiles, sans pourtant arrêter la marche progressive de la maladie. Faisant ici une excursion générale sur d'autres phlogoses, en particulier sur la pneumonie, M. Chomel taxe d'illusion les auteurs qui prétendent *juguler* les phlogoses dès leur début, à l'aide des saignées répétées. Toute phlogose aiguë offre, dit-il, quoi qu'on fasse, quatre périodes que rien ne saurait empêcher d'exister, savoir : un début d'une intensité quelconque; une marche ascendante relative ou d'accroissement; un *statu quo*, ou période d'*état*, et une époque de déclin. Un traitement efficace peut sans doute abréger la durée, l'intensité de ces quatre périodes, mais jamais *juguler* la maladie, comme on l'a prétendu. Ceci s'applique également à l'érysipèle. Suivent d'autres détails sur cette question.

Le traitement adopté par M. Chomel dans l'érysipèle de la tête consiste dans des saignées du bras, répétées plus ou moins, selon l'intensité de la fièvre et du délire; dans l'usage des purgatifs salins répétés chaque jour ; de vésicatoires aux pieds, de sinapismes volants aux jambes, de boissons rafraîchissantes. Une condition d'une grande importance est de placer les malades presque assis dans leur lit, afin que la tête reste haute, et de tenir cette partie tout à fait découverte, dans le but de prévenir toute accumulation de chaleur, et par conséquent un surcroît de congestion. Toutes les malades traitées de la sorte à l'Hôtel-Dieu ont guéri. M. Rayer a adopté à peu près les mêmes principes, et il s'en est bien trouvé. M. Chomel blâme dans ces cas les applications de sangsues sur les régions malades ou aux environs, par la raison que leurs piqûres favorisent l'extension de l'érysipèle. Il désapprouve pareillement le tartre stibié, ce médicament faisant aisément vomir, et par le vomissement la congestion céphalique augmente selon lui. Le tartre stibié n'est, aux yeux de M. Chomel, qu'un remède évacuant, et il ne paraît tenir aucun compte de l'action dynamique, la seule intrinsèque et efficace. Les sels neutres, l'huile de ricin, lui paraissent préférables. Rappelons enfin que M. Bouillaud traite aussi l'érysipèle à l'aide des saignées coup sur coup, dont nous avons vu de bons effets, et

d'abondantes applications d'axonge sur les tissus phlogosés. Comme topique antiphlogistique d'une grande efficacité, le tartre stibié en solution a été adopté par M. Mojon, sous forme de fomentations continues à l'aide de compresses en plusieurs doubles. Ces fomentations blanchissent les tissus, apaisent l'inflammation. On peut les faire tièdes si l'on veut; froides, cependant, elles sont préférables, et n'offrent pas le moindre danger.

---

2. *Sur la fièvre typhoïde.*

(Annales de Therapeutique de Rognetta, janvier 1846.)

La fièvre typhoïde sévit en ce moment à Paris plus largement que les mois derniers; les hôpitaux contiennent un grand nombre de ces malades des deux sexes. L'intensité de l'affection néanmoins, quoique grande chez quelques-uns, ne l'est pas cependant au point de devenir réfractaire aux ressources de l'art. Généralement, en effet, ces maladies guérissent, et l'on peut dire qu'en ce moment la mort est l'exception, la guérison la règle, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée, même l'expectation pure et simple. L'expectation est suivie à l'Hôtel-Dieu par M. Magendie, et les résultats qu'il obtient en ce moment sont vraiment remarquables, puisqu'il perd à peine un malade sur 30 ou 40. On se tromperait cependant si l'on croyait que ce médecin ne prescrit absolument aucun remède contre cette affection. La diète, les boissons rafraîchissantes d'abord, puis un purgatif de temps en temps, des lavements, des cataplasmes, de l'eau de laurier-cerise, à la dose de 8, 12, 15 grammes (2, 3, 4 gros), de l'eau nitrée, de l'acétate d'ammoniaque dans quelques cas; enfin, lorsque la période de la prostration arrive, il prescrit du vin de Bagnols dans de la limonade et des bouillons ou des potages. Jamais d'évacuation sanguine, ni par la lancette, ni par les sangsues, ni par les ventouses. Le mal parcourt lentement ses périodes, les malades passent par tous les degrés de la stupeur, du délire, du dévoiement et de la prostration, puis ils reviennent petit à petit, et ils finissent par guérir. M. Magendie prend de grandes précautions pour prévenir les eschares de décubitus; il fait placer le siége des malades dans le creux formé par deux oreillers remplis de balle d'avoine et couverts d'une toile cirée et d'une alèze; il leur fait aussi, comme moyen prophylactique, frotter le sacrum avec de la poudre de vieux bois ou de licopode, dont on se sert pour prévenir l'excoriation des aines chez les petits enfants. M. Magendie professe que la saignée est nuisible dans la fièvre typhoïde, et inutile dans la plupart des

autres maladies ; aussi n'y a-t-il presque jamais recours dans son service à l'Hôtel-Dieu : il ne croit pas à l'action des médicaments, si ce n'est dans quelques cas très-exceptionnels, et il n'attache pas d'importance à ceux dont nous venons de parler, à l'exception de la diète, de l'eau et du vin. Pour M. Magendie, la fièvre typhoïde n'est qu'une maladie du sang, et il croit inutile, sinon nuisible, d'opposer une autre prescription que celle qu'il suit. Selon lui, la nature se suffit, et l'art ne saurait mieux faire qu'elle dans le traitement de cette maladie. La seule conséquence qu'il est permis de tirer de cette manière de voir, en présence des résultats qu'obtient M. Magendie, c'est que le mal n'est pas très-grave de lui-même, puisque la nature se suffit malgré l'emploi des boissons vineuses. On peut déduire pareillement que, dans l'esprit de M. Magendie, la prostration dans la fièvre typhoïde émane d'une faiblesse réelle (asthénie directe), puisqu'il prescrit un alcoolique. Nous nous bornons ici à raconter les faits sans les juger en ce moment.

M. Rayer, à la Charité, n'emploie qu'exceptionnellement la saignée dans le traitement de la fièvre typhoïde. Il saigne, au début, une ou deux fois au bras les individus seulement qui présentent avec la fièvre une bronchite intense ou une autre inflammation thoracique franche. La bronchite accompagne fréquemment la fièvre typhoïde ; mais son intensité est très-variable. Le traitement adopté par M. Rayer consiste dans l'usage de purgatifs salins répétés, de boissons rafraîchissantes et de la diète. Tous les malades que nous lui avons vu traiter de la sorte ont guéri, et il est rare que cette méthode échoue entre ses mains, un grand discernement dictant ses prescriptions. Nous croyons avoir remarqué que les malades traités de la sorte guérissaient plus vite que ceux de l'Hôtel-Dieu, auxquels on administrait de la limonade vineuse. On avait voulu essayer les saignées coup sur coup, mais les résultats ont été si peu encourageants qu'on a dû y renoncer. — M. Briquet, à l'hôpital Cochin, a adopté depuis quelque temps la méthode suivante, et il s'en trouve assez bien : il prescrit tout d'abord un éméto-cathartique, composé de 5 centigr. (1 grain) de tartre stibié et d'un gramme (20 grains) d'ipécacuanha ; puis un purgatif salin tous les jours (sulfate de magnésie). Les malades parcourent les périodes ordinaires de l'affection, et ils finissent par se rétablir généralement.

— Dans le service de M. le professeur Andral, à la Charité, on compte en ce moment plus de vingt cas de fièvre typhoïde ; presque tous sont des hommes. Ce praticien suit à peu près la méthode expectante comme M. Magendie ; dans quelques cas,

cependant, il pratique une petite saignée : c'est lorsqu'il existe dans la poitrine ou ailleurs des signes manifestes de phlogose. — A l'hôpital Saint-Antoine, M. Guérard a eu des cas de fièvre typhoïde accompagnée de selles mélaniques abondantes (garde-robes sanguines) ; il a traité ce symptôme avantageusement à l'aide de lavements vinaigrés froids et de fomentations froides sur le ventre et les membres, en enveloppant toutes ces parties dans un drap trempé dans de l'eau de fontaine et convenablement exprimé.

On ne doit pas se le dissimuler, la manière de traiter la fièvre typhoïde, et qui semble triompher, puisque qu'on ne perd que très-peu de malades, est insuffisante dans les époques où le mal est autrement grave : les praticiens des hôpitaux en conviennent eux-mêmes, puisqu'il est des temps où la mortalité est grande malgré l'emploi de la même méthode. Aucun principe scientifique bien basé ne dirige ce traitement, et il est facile de voir que c'est plutôt empiriquement, et d'après l'apparence de certains symptômes d'une valeur contestable, qu'on prescrit soit les purgatifs, soit les vomitifs, soit les saignées, soit les boissons vineuses, etc. Il est évident pour nous que la maladie est mal comprise, et les indications thérapeutiques, par conséquent, mal posées : ces indications sont d'ailleurs nulles, d'après les idées dominantes ; aussi se résigne-t-on généralement à une médication négative ou presque expectante. Ce qui domine, ce qui écrase tout de nos jours à l'égard de cette affection et de plusieurs autres, c'est l'humorisme, le *physicisme*, le *chimisme* brut, qu'on s'efforce d'importer dans l'organisme vivant. On prend les effets secondaires des maladies pour l'affection elle-même ; et tandis qu'on se laisse gouverner par les vieilles erreurs sur l'action des médicaments, on arrive ainsi, par des théories *a priori*, à une thérapeutique nulle.

---

3. *Sur un préjugé relatif au traitement des affections cutanées ;* par M. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Bulletin général de Thérapeutique, décembre 1845.)

Il est généralement admis parmi les personnes du monde, et même parmi les médecins, que le printemps et l'été sont les seules saisons où l'on puisse efficacement se livrer à la thérapeutique des maladies de la peau. C'est ce préjugé que je vais m'attacher à combattre, en démontrant : 1° qu'il est des maladies cutanées qui se développent, les unes dans la saison chaude, les autres durant la saison froide, maladies qui doivent être

traitées à leur début ; 2° que le médecin peut disposer pendant la saison froide de ressources bien plus nombreuses et de moyens plus efficaces.

Plusieurs causes ont plus ou moins puissamment contribué à faire naître ce préjugé. D'abord la disparition plus facile, et quelquefois même spontanée, durant l'été, de plusieurs maladies de la peau qui naissent en hiver ; l'efficacité des eaux minérales naturelles, dont on ne peut user qu'en été ; la croissance de toutes les plantes dépuratives à l'époque du printemps ; enfin l'établissement plus régulier des fonctions de la peau sous l'influence de la chaleur, et la tendance générale qui existe à cette époque pour les soins de propreté, bains et lavages. Au printemps, en effet, nous voyons un grand nombre de personnes se rendre à Paris pour réclamer les soins des médecins qui s'occupent du traitement de ces maladies ; quelques-unes y séjournent même pendant plusieurs mois pour y recevoir des soins plus assidus. Nous en voyons moins en hiver, persuadées qu'elles sont que les traitements seront infructueux dans cette saison. Nous croyons donc rendre un véritable service à nos confrères et à leurs malades en développant, dans un article spécial, nos idées à cet égard, et en appelant toute leur attention sur les avantages qu'ils peuvent trouver dans l'emploi des moyens les plus héroïques durant la saison où nous sommes.

Les maladies cutanées qui se développent en hiver sont au moins aussi nombreuses que celles qui se déclarent en été : ce sont surtout les *lichens chroniques* et le *lichen agrius* ou *ferox* en particulier ; l'*eczema simplex*, l'*eczema rubrum*, l'*eczema lichenoïdes*, les variétés de *psoriasis* et de *lèpre vulgaire*, le *sycosis* ou la *mentagre* ; toutes affections ayant une tendance à prendre la forme chronique et d'une guérison assez difficile. D'où il résulte qu'en attendant la saison chaude, on donne à la maladie la condition de chronicité, circonstance la plus fâcheuse pour le malade, en ce qu'il faut ensuite des mois entiers pour guérir une affection qui, prise au début, eût été facilement curable. La maladie guérie, le malade conserve une prédisposition à la contracter de nouveau, par cela même qu'il l'a longtemps conservée ; et comme déjà ces affections sont elles-mêmes très-sujettes à récidive, c'est en favoriser le retour que de ne pas les guérir de prime abord.

Les maladies du printemps, au contraire, loin d'avoir les formes papuleuse, tuberculeuse ou squammeuse, se présentent presque toutes avec le cachet sécrétant, c'est-à-dire qu'elles sont toutes plus ou moins aiguës, fournissant de la sérosité ou du

pus, ayant une forme plus ou moins inflammatoire, et se terminant avec assez de facilité par la résolution. On voit à cette époque surgir les *érythèmes*, l'*impetigo*, le *lichen aigu simple*, le *psoriasis aigu*, le *pityriasis rubra*, les variétés d'*herpès*, le *rupia*, l'*ecthyma*, toutes maladies qui se terminent heureusement dans un espace de temps assez court et sous l'influence d'une médication simple. Ajoutons qu'on se hâte de les traiter, ce que l'on ne fait pas en hiver. Or, chose singulière, la plupart d'entre elles sont une conséquence même de l'élévation de température de cette saison de l'année, et l'on attribue la guérison moins au traitement qu'à la condition favorable dans laquelle on s'est trouvé, en ne tenant compte que de la saison.

Ces faits sont l'expression de la vérité, et je ne sache pas qu'on puisse y faire une objection fondée. Poursuivons, et apprécions à leur juste valeur nos moyens thérapeutiques dans les deux saisons, ainsi que leur tolérance de la part des malades.

En hiver, quelles sont nos ressources thérapeutiques ? A l'exception des dépuratifs dits jus d'herbes et des eaux minérales prises aux sources, nous avons à notre disposition tous les agents médicamenteux ; et si maintenant nous entrons dans quelques détails sur ces divers agents, nous verrons qu'il est plus facile de les administrer en hiver, qu'ils sont mieux supportés par les malades, et qu'ils conduisent à de meilleurs résultats. Pour atteindre ce but, passons-les succinctement en revue par catégorie.

Médication externe. En été, la peau jouit d'une sensibilité qu'elle n'a pas en hiver : le moindre frottement, le moindre grattage suffit pour la faire rougir, pour y développer une éruption. S'il en est ainsi de la peau saine, à plus forte raison ces conditions se trouvent-elles à un plus haut degré pour la peau malade ; de là la nécessité d'employer des pommades moins actives, des lotions moins énergiques, des bains médicamenteux à un moindre degré. Les modificateurs de tissus échouent pour la plupart, parce que la surexcitation se manifeste sous l'influence des doses thérapeutiques un peu énergiques. Les cautérisations à divers degrés sont de fait exclues des traitements. Les bains de vapeur affaiblissent, les fumigations fatiguent, les bains excitants un peu chauds raniment les démangeaisons, provoquent les grattages. Quelle efficacité à retirer, dans bon nombre de cas, de bains de vapeur ou de fumigations pour une peau qui, déjà sous l'influence de la saison, sécrète une énorme quantité de sueur ?

En hiver, au contraire, la peau est peu impressionnable, peu irritable, parce qu'elle perd, sous l'influence du froid, une partie

de sa sensibilité. Les solutions de nitrate d'argent à divers degrés, celles de sublimé, celles d'iode, de chlorure de zinc, de nitrate de mercure, etc., peuvent être appliquées à titre de modificateurs, sans craindre les réactions inflammatoires ; elles changent et modifient avantageusement la vitalité morbide de la peau ; elles amènent une perturbation heureuse dans toutes ces formes chroniques de maladies qui ont fait élection de domicile sur tel ou tel point de la surface du corps.

Nous en dirons autant de nos pommades, dont nous doublons la dose médicamenteuse en hiver, et dont nous obtenons des résultats bien plus avantageux.

Quelle immense influence que celle de faire naître par un bain de vapeur une sudation abondante et générale sur une peau depuis longtemps sèche et aride! Quelle action puissante que celle d'une fumigation aromatique ou sulfureuse dans la saison de l'hiver! Aussi quel concours de malheureux qui, dans les moments les plus rigoureux de cette saison, viennent au traitement externe de l'hôpital Saint-Louis pour y prendre quelques-uns de nos bains! et tels sont les bons effets qu'ils en retirent, qu'ils ne craignent pas d'attendre deux ou trois heures que leur tour de bain soit arrivé, tout en s'exposant au froid, à la pluie, à la neige. N'est-ce pas sur les grands résultats que ces médications procurent qu'est fondée l'immense réputation des bains de l'hôpital Saint-Louis ; et faut-il s'étonner alors que le chiffre de leur administration, pour les malades seuls qui n'entrent pas à l'hôpital, dépasse 50,000 bains par an ?

Mais, nous objectera-t-on, n'avez-vous pas à craindre tous les effets d'une répercussion après la sudation violente opérée par ces bains? L'impression de l'air froid, après avoir été soumis à une température aussi élevée, n'amène-t-elle pas des congestions vers des organes importants, et ne courez-vous pas risque de compromettre ainsi la vie de vos malades? L'expérience est là pour répondre d'une manière péremptoire à toutes ces objections. Depuis nombre d'années que ces bains sont administrés, ils le sont sans accidents ; car, s'ils en produisaient, ils ne compteraient pas une aussi grande affluence de malheureux qui, comme les personnes de la classe aisée, n'ont pas les moyens de se garantir du contact d'un air froid en sortant de nos étuves.

Médication interne. — Tous ces raisonnements s'appliquent avec autant de justesse à la médication interne. En été, notre estomac ne saurait supporter l'influence des agents médicamenteux comme cela a lieu en hiver, et nous sommes ainsi privés de nos médications les plus énergiques. Les préparations

arsenicales, la teinture de cantharides, les composés antimoniaux, ne peuvent être pris qu'à petite dose ; les sirops dépuratifs, les décoctions de tisanes dans lesquelles entrent la bardane, la fumeterre, la patience, la chicorée sauvage, etc., sont difficilement tolérés. L'appétit diminue, il survient de l'amertune à la bouche, des pesanteurs d'estomac, de l'anorexie, et il suffit d'une quinzaine de jours de traitement pour obtenir ces fâcheux effets. En hiver, au contraire, les malades prennent facilement les robs et les sirops dépuratifs, et toutes les médications générales qui modifient si avantageusement l'économie. Combien de malades que l'on ne peut purger en été sans voir survenir une diarrhée de plusieurs jours, tandis qu'ils supportent des doses purgatives énergiques en hiver ! J'ai pour habitude de purger une fois la semaine les malades qui sont affectés de maladies cutanées sécrétantes. J'opère ainsi une révulsion avantageuse et des évacuations qui suppléent à l'absence de la sécrétion morbide cutanée provenant du fait de la guérison de la maladie. En hiver, je n'hésite pas à répéter ces purgations douces deux fois la semaine ; je diminue ainsi la durée du temps nécessaire à la guérison. C'est que les forces digestives sont beaucoup plus grandes dans cette dernière saison, et que l'on peut faire prendre à l'intérieur bon nombre de médicaments à doses élevées, que l'on n'administrerait pas sans danger durant l'été.

Ainsi donc il faut abandonner cette habitude d'inertie pour le traitement des maladies de la peau durant l'hiver. Je vais plus loin, et je dis que le médecin est doublement coupable de rester spectateur oisif de ces affections durant cette saison. Non-seulement il ne guérit pas, mais encore il place le malade dans des conditions de chronicité beaucoup plus fâcheuses pour un traitement ultérieur. C'est un préjugé qu'il faut détruire, et je m'estime heureux d'être peut-être le premier à appeler toute l'attention de mes confrères sur ce point important de thérapeutique médicale. Il n'existe pas en province, il est vrai, des ressources thérapeutiques aussi puissantes qu'à Paris, en ce sens que les bains de vapeur n'y ont pas encore pénétré. C'est un peu la faute des médecins. Aujourd'hui on peut à peu de frais établir des bains de vapeur, et il est presque honteux que des efforts n'aient pas encore été assez persévérants pour arriver à ce résultat, au moins dans les principales villes de France. Que les médecins d'hôpitaux insistent auprès des conseils d'administration, qu'ils fassent comprendre l'utilité de ces bains, non-seulement dans le traitement des maladies cutanées, mais encore dans les maladies syphilitiques, les affections rhumatismales, goutteuses, arthri-

tiques, etc., et ils rendront un service éminent à des populations nombreuses qui souffrent de l'absence d'un agent thérapeutique de première nécessité.

---

4. *Du rhumatisme articulaire ;* par M. Rostan.

(Gazette des Hôpitaux, N° 4, 1846.)

Il y a quelques jours, il est entré dans nos salles une jeune fille de dix-neuf ans, d'une constitution lymphatique, moyennement forte, assez grasse, dont les épaules sont larges, les bras arrondis, les chairs molles, la peau fine et blanche, les cheveux blonds, enfin avec le type du tempérament lymphatique. Cette fille est née dans le département du Bas-Rhin. Voilà pour l'extérieur du corps ; j'y insiste, parce que généralement cette constitution lymphatique n'a pas été signalée par les auteurs comme prédisposant aux affections rhumatismales, tandis que nous pensons, nous, qu'elle constitue une des conditions les plus ordinaires sous l'influence desquelles se développe cette maladie. On va, du reste, en avoir la preuve dans l'intensité du cas que nous allons faire passer sous les yeux, et qui nous fournira l'occasion de présenter quelques considérations pratiques.

Cette jeune femme est récemment accouchée, il y a environ sept semaines ; sa couche a été heureuse et naturelle, sans accident aucun. Au bout de quelques jours, elle s'est trouvée assez forte et assez bien rétablie pour vaquer à ses occupations, dans l'intérieur de la maison d'abord. Elle est sortie pour la première fois trois semaines après être accouchée. Dans la même semaine, elle a fait un savonnage assez considérable, et a tenu longtemps les mains et les bras plongés dans l'eau chaude et dans l'eau froide alternativement. Elle nous dit s'être aperçue alors de frissons ; le lendemain, fatigue et courbature générale, puis douleurs légères dans les articulations, douleurs augmentant peu à peu d'intensité. Les articulations qui ont été prises les premières sont les articulations tibio-tarsiennes et fémoro-tibiales, qui ont été aussi le siége de gonflement. Après quelques jours, elles se sont dégagées, ont diminué de volume : la peau de ces régions, qui était devenue rouge, a repris sa coloration normale ; mais en même temps d'autres articulations se prenaient, et la malade est entrée dans notre service le 27 décembre dernier.

Au moment de son admission, elle ressentait des douleurs dans les articulations radio-carpiennes et phalangiennes, qui étaient rouges et tuméfiées. L'épaule du côté droit était doulou-

reuse également, et la malade ne pouvait qu'avec grand'peine se servir de ce membre pour exécuter quelques mouvements. Le bras et la main gauches étaient beaucoup moins douloureux.

Quand nous la vîmes pour la première fois, les articulations du membre supérieur droit étaient gonflées, d'un volume considérable ; les téguments étaient d'une couleur rouge vif ; la rougeur disparaissait par la pression, pour reparaître ensuite. Le moindre attouchement était insupportable et lui faisait jeter les hauts cris ; la peau était chaude. Nous avions donc là, au plus haut degré, les quatre caractères classiques de l'inflammation : douleur, rougeur, chaleur, tumeur ; caractères qui se rencontrent, du reste, assez fréquemment dans le rhumatisme articulaire aigu.

Au gonflement qui existait d'abord a succédé un empâtement qui persiste encore en partie maintenant. Les phénomènes généraux que nous pûmes constater étaient ceux-ci : Langue rouge à la pointe, blanche et saburrale à la base, un peu sèche ; soif vive ; la malade, peut-être à cause de la sécheresse de la bouche, s'exprime assez difficilement ; inappétence ; ni nausées, ni vomissements ; pas de douleurs à l'épigastre ni au ventre ; les fonctions digestives s'accomplissent bien ; le pouls était à 100 par minute environ ; les pulsations étaient fortes, développées ; l'auscultation des bruits du cœur faisait entendre un bruit de souffle bien manifeste, ne correspondant pas au premier temps, et qui fut reconnu, plus tard, appartenir à la respiration. La respiration à 40 par minute. Nous ferons remarquer en passant, que lorsque l'on entend à l'auscultation du cœur un bruit de souffle intermittent, il faut toujours se défier des illusions dont on peut devenir le jouet, si quelquefois, comme dans le cas actuel, le bruit de souffle est lié au bruit respiratoire. Jusqu'aujourd'hui, nous n'avons pas entendu de bruit de souffle suffisant pour qu'il nous soit possible de le regarder comme un signe pathognomonique d'endocardite.

Pour le dire en passant, nous ne croyons pas que ce fait constitue une exception. Le rhumatisme sans complication du côté du cœur est le fait normal, le fait régulier. Nous pensons, d'après l'expérience journalière, que ce sont les cas exceptionnels, ceux où l'on entend le souffle endocardique. D'après les relevés statistiques qui ont été faits par un assez grand nombre d'auteurs, il semblerait que l'on n'entend le bruit de souffle caractéristique d'une inflammation aiguë de la membrane interne du cœur que dans le septième des cas tout au plus. On voit que cette proportion est loin de constituer la règle.

Chez notre malade, les urines sont très-acides; peut-être devrions-nous insister sur ce fait, si nous avions plus d'égards aux travaux qui ont été faits dans ces dernières années pour différencier le rhumatisme de la goutte, pour la détermination de la quantité d'acide urique contenu dans l'urine des malades affectés de l'une et de l'autre maladie. Nous ne pensons pas que ces recherches aient encore produit de grands résultats. Nous avons dit que la chaleur de la peau était très-forte : ainsi, chaleur de la peau, frisson initial intense, voilà deux caractères dont il est important de tenir compte. Le système nerveux et ses fonctions ne présentaient rien d'anormal et d'irrégulier. Quant à la menstruation, elle ne s'est point encore rétablie depuis l'accouchement de la malade. Les lochies ont cessé de couler. La sécrétion du lait qui commençait à se faire a diminué dès l'apparition des premières douleurs rhumatismales.

La maladie, comme on vient de le voir par le tableau que nous en avons tracé, était violente; elle a dû être énergiquement traitée, proportionnellement toutefois à la force et à la constitution de la femme dont nous faisons le sujet de cette conférence. Nous ne pensons pas que l'on doive, relativement au traitement du rhumatisme, établir une formule uniforme, inflexible et toujours la même, suivant laquelle on applique à tous les cas, à tous les individus, une méthode thérapeutique qui serait insuffisante pour les uns, trop forte et dangereuse pour les autres. Une formule, un traitement formulé, est chose inadmissible en médecine. Le premier jour, nous avons fait une saignée générale. D'après l'état général du sujet, le sang ne pouvait pas être riche : le caillot, en effet, était petit, la sérosité abondante; mais il existait à la surface du coagulum une couenne épaisse, forte, résistante.

Le lendemain, le pouls avait un peu diminué; il n'y avait plus que 96 pulsations par minute. Après une seconde saignée, le pouls se releva et donna 104; trois saignées furent faites encore; en tout, cinq. Le troisième jour, les articulations étant en grande partie débarrassées, nous avons ordonné une saignée locale; une application de sangsues a été faite, et le sang a coulé abondamment. Le quatrième et le cinquième jour, une nouvelle saignée chaque jour. Malgré ce traitement énergique, la maladie n'a pas cédé; nous n'avons pu cependant saigner davantage. Nous avons dû nous restreindre à l'expectation, nous contenter de boissons délayantes, mucilagineuses.

Nous avons administré les narcotiques; nous avons fait prendre à la malade la poudre de Dower, qui n'a fait presque aucun

effet, même à la dose de cinquante centigrammes. Hier matin, il y avait encore 104 pulsations par minute. Nous sommes décidé à faire une nouvelle et dernière saignée. Nous sommes certain d'avance qu'il y aura une grande quantité de sérosité et que le caillot sera recouvert d'une croûte inflammatoire ferme et résistante comme celle des premières saignées. Il y a un moment dans les maladies aiguës où l'on n'ose plus saigner, soit parce que l'on a fait un nombre assez considérable d'émissions sanguines, soit parce que la constitution du malade est trop faible pour que l'on puisse continuer cette médication.

Abordons aujourd'hui, à propos de cette malade, quelques-uns des points de l'histoire du rhumatisme articulaire.

La première question qui se présente est celle-ci : Qu'est-ce que le rhumatisme articulaire aigu ? On est surpris de voir combien il est d'opinions diverses sur cette question. Les uns disent : Ce n'est point une inflammation, c'est une maladie *sui generis*, qui ne présente aucun des caractères anatomiques de l'inflammation. Nous verrons plus bas sur quelles raisons ces médecins s'appuient.

D'autres disent : Le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation ; il en a tous les caractères physiques et toutes les altérations pathologiques.

Pour nous, adoptant une opinion mixte, nous disons : C'est une inflammation, mais elle a un caractère, une nature à part, elle reconnaît une cause spéciale aussi.

Examinons successivement les diverses raisons que chacun des auteurs qui soutiennent ces trois opinions a données à l'appui de sa manière de voir.

Jamais, disent les premiers, chez les malades qui ont succombé au rhumatisme articulaire aigu, qui, nous devons le dire, tue très-rarement, jamais on n'a trouvé de suppuration dans les articulations ; les ligaments n'ont pas augmenté de volume ; et quand on leur oppose un certain nombre de faits dans lesquels on dit avoir trouvé du pus dans les cavités articulaires, voici ce qu'ils répondent :

Il y a dans les observations rapportées par un professeur de clinique de la Faculté quinze cas *douteux* : de ceux-là nous n'en tenons aucun compte. Quant aux vingt-deux autres que l'on donne comme des faits certains, sept ou huit ont été manifestement accompagnés de phlébite ou d'autres affections étrangères au rhumatisme. Enfin, les dernières sont incomplètes et ne peuvent former la base d'une statistique sérieuse. Relativement aux phénomènes inflammatoires, ils disent : Les douleurs du rhuma-

tisme sont trop vives pour être simplement inflammatoires : il y a peu de rougeur, peu de gonflement ; s'il y avait phlegmasie articulaire, la rougeur de la peau et le gonflement de la région affectée seraient bien autrement intenses.

Les partisans de la seconde opinion, à savoir que le rhumatisme n'est qu'une inflammation, vous diront :

Les quatre phénomènes caractéristiques de l'inflammation sont constants dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est donc une phlegmasie pure et simple. Si vous tenez compte des phénomènes généraux, ce sont ceux de l'inflammation la plus franche. Le pouls est fréquent, dur, essentiellement inflammatoire. Faites-vous une saignée, le sang est aussi riche en fibrine que le sang de la pleurésie, de la pneumonie le mieux caractérisée ; c'est le sang fibrineux type. Mais, sans que l'on ait besoin de recourir à ces analyses difficiles et minutieuses que tout le monde n'est pas capable de faire, vous trouvez sur le caillot cette couenne inflammatoire si manifeste et si caractéristique. Que l'on considère les phénomènes locaux ou les phénomènes généraux, il est difficile qu'il reste à l'esprit le moindre doute sur la nature inflammatoire du rhumatisme.

Nous prenons aux deux opinions ce qu'elles ont de raisonnable, de positif. Nous avons eu occasion de voir une fois dans notre service à l'Hôtel-Dieu, il y a plusieurs années de cela, un homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu de l'articulation tibio-tarsienne ; du pus se forma dans l'articulation, et l'abcès s'ouvrit pendant la vie. Que si l'on vient nous objecter à cela qu'il y avait ici non pas rhumatisme, mais arthrite, on conviendra avec nous que ce n'est qu'une dispute de mots. Nous avons quelquefois, dans des cas de rhumatisme articulaire aigu intense, trouvé les cartilages corrodés, comme détruits par le pus. Nous avons trouvé le liquide synovial trouble, purulent ou floconneux, et contenant des concrétions albumineuses ; nous l'avons vu mélangé de sang. Nous avons quelquefois rencontré les ligaments péri-articulaires rouges, injectés, mous, et le tissu cellulaire manifestement engorgé. Evidemment il y a là quelque chose d'inflammatoire, et nous ne croyons pas que l'on puisse raisonnablement le nier.

Mais nous ajoutons que c'est une inflammation spéciale, ne reconnaissant pas une cause purement physique. Nous nous fondons sur la facilité avec laquelle elle peut passer d'une articulation dans une autre. Une articulation est, un jour, rouge, gonflée ; le lendemain, elle est revenue à l'état normal, et c'en est une autre, fort éloignée de la première, qui est atteinte.

Voyez une entorse : c'est là une arthrite, une inflammation articulaire par suite d'une cause purement physique. Dans le rhumatisme, il faut qu'il y ait autre chose : c'est une cause spéciale qui fait la différence. Lorsqu'il nous arriva d'émettre cette opinion devant les médecins de l'école physiologique, ils nous répondirent que la migration de l'inflammation était favorisée par l'identité de tissus, comme on le voit quelquefois dans les affections inflammatoires des membranes séreuses. Tel fut un cas publié par M. le docteur Bricheteau, relatif à un homme qui eut successivement une péritonite, une péricardite, une méningite. A notre tour, nous fîmes cette autre objection, que les tissus ne cessent pas d'être identiques quand il s'agit d'inflammation traumatique ; et cependant, dans l'entorse, la phlegmasie ne voyage pas, elle reste fixée dans l'articulation où elle s'est développée ; l'inflammation simple ne bouge pas. Nous serons donc forcé d'admettre que, dans le rhumatisme, il y a une cause spéciale ; sous ce rapport, le rhumatisme rentre dans la catégorie d'un grand nombre d'autres affections qui reconnaissent des causes spéciales : la coqueluche, par exemple, la rougeole, la variole, la scarlatine.

Ce qui imprime au traitement une physionomie spéciale, c'est la question de la nature de la maladie : il est nécessaire, avant tout, d'avoir des idées bien arrêtées sur la nature de la maladie, et c'est là le point sur lequel nous devions insister d'abord.

Passons au traitement. Les médecins qui partagent la première opinion et admettent que le rhumatisme n'est pas inflammatoire, s'efforcent de démontrer que le traitement par les saignées non-seulement n'est pas utile, mais même est nuisible. Il y a des auteurs qui prétendent que les émissions sanguines sont dangereuses dans le rhumatisme. D'autres soutiennent seulement qu'il faut être réservé dans leur emploi, qu'une ou deux saignées suffisent pour favoriser la résolution de la maladie, qu'un plus grand nombre est nuisible ; suivant eux encore, on ne doit faire de saignées locales que lorsque le rhumatisme est localisé, mono-articulaire. Quand il est généralisé, il faut se borner aux saignées générales.

Ceux qui prétendent que le rhumatisme est toujours inflammatoire et purement inflammatoire, préconisent les saignées répétées, dites coup sur coup. Cette manière de voir et d'agir peut être bonne dans quelques cas, mais je crois que ces médecins sont trop exclusifs. Nous avons eu déjà l'occasion de dire que l'on ne peut avoir une formule exclusive pour tous les cas ;

il faut régler le traitement sur la marche et l'intensité de la maladie, sur la gravité des symptômes, sur la force du sujet, etc.

---

5. *Des coliques hémorrhoïdales*; par Ch. Lassègue.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, décembre 1845.)

Les médecins du XVIIIe siècle ont désigné sous ce nom quelques-uns des accidents qui accompagnent les évacuations hémorrhoïdales irrégulières.

La plupart attachaient une grande importance aux complications qui surviennent chez les individus affectés d'hémorrhoïdes et aux modifications qui semblent en résulter, soit dans la marche de quelques affections particulières, soit dans la constitution générale du malade. Qu'ils aient exagéré l'influence en bien comme en mal du flux hémorrhoïdal, on ne saurait ni le nier ni s'en étonner, quand on songe à l'intérêt presque exclusif que chaque école ou chaque époque attache aux idées qui viennent de se produire.

D'un autre côté, il n'est pas moins incontestable que ces phénomènes pathologiques ont été trop négligés de notre temps, et qu'on est tombé dans l'exagération inverse par des motifs aussi faciles à saisir que ceux qui dirigeaient nos devanciers. Je crois donc, justement parce que les accidents des hémorrhoïdes sont exclus presque complètement de nos cadres nosologiques, qu'il n'est pas sans utilité d'examiner jusqu'à quel point cette exclusion est légitime. Toutefois, je ne m'occuperai ici que d'un seul ordre de faits, ne voulant pas essayer de réhabiliter toute la théorie des hémorrhoïdes qu'on n'accueille plus en général que par un profond dédain.

Les individus affectés d'hémorrhoïdes peuvent être divisés en trois classes par rapport à leur prédisposition à contracter les coliques hémorrhoïdales et aux formes que ces coliques sont le plus sujettes à revêtir.

Chez les uns, le flux hémorrhoïdal très-abondant s'établit à des époques régulières, plus ou moins éloignées, en laissant toujours dans les intervalles un obstacle mécanique qui gêne la défécation sans déterminer un changement notable dans les fonctions intestinales.

Chez les autres, l'évacuation par les hémorrhoïdes est plus prolongée et plus souvent répétée; mais elle perd en quantité ce qu'elle gagne en fréquence. Les malades rendent, à chaque accès seulement, quelques cuillerées de sang vermeil.

Chez les troisièmes, l'évacuation hémorrhoïdale est presque

nulle. Elle se réduit à un suintement beaucoup plus irrégulier que n'était, dans les deux autres cas, le flux véritable.

Les malades de ces deux dernières classes sont surtout prédisposés aux coliques du genre de celles sur lesquelles j'appelle l'attention. On pourrait dire, si les lois de ce genre n'étaient pas si souvent démenties par des faits, que les coliques sont en raison inverse de l'abondance des évacuations, du moins dans les hémorrhoïdes qui conservent sans altération notable leur type primitif.

Les personnes affectées d'hémorrhoïdes très-abondantes, et qui rentrent dans la première catégorie, éprouvent, à chaque retour de la maladie, des douleurs très-vives, une sensation de brûlure à l'anus et tous les phénomènes qui résultent d'une forte compression de l'extrémité inférieure du rectum. Le gonflement est très-prononcé, la douleur si intense qu'elle les force à garder le lit. Cette compression provoque chez elles des envies d'aller à la garde-robe, sollicitées par la gêne mécanique plutôt que par un véritable besoin; elles y demeurent longtemps, parce que cette position leur est moins douloureuse qu'aucune autre. Quelle que soit la gravité apparente de ces accidents, ils restent purement locaux et deviennent seulement la cause d'une constipation qu'on pourrait appeler *volontaire*, et qui ressemble à celle des individus qui, à la suite d'une fissure, par paresse ou par nécessité, s'habituent à résister au besoin de la défécation.

En général, l'apparition de ces symptômes est brusque, imprévue. Qu'elle soit motivée par un voyage en voiture, par une longue route à pied, par l'exercice du cheval, ou par toute autre cause, toujours est-il que le malade n'a ressenti d'ordinaire aucun prodrome.

Si quelques-uns accusent une modification maladive, c'est plutôt sous forme de chaleur à la face, de propension au sommeil, de congestion cérébrale, que sous celle de coliques fortes ou légères qu'ils la ressentent. La constipation est devenue pour eux un état tellement habituel qu'ils y rapportent assez naturellement les incommodités qu'ils éprouvent.

Les évacuations hémorrhoïdales abondantes et presque soudaines revêtent les caractères que je viens d'indiquer, lorsque dès leur début elles ont pris cette forme et qu'elles la gardent régulièrement. Il n'en est plus ainsi quand un individu sujet à des hémorrhoïdes ordinairement modérées est sous l'imminence d'une congestion plus considérable que n'étaient les précédentes. La modification inverse, c'est-à-dire celle qui consiste dans une notable diminution de l'évacuation hémorrhoïdale, s'observe peut-être

plus souvent et s'accompagne surtout de douleurs intestinales.

En réunissant ces diverses circonstances, on est conduit assez naturellement à cette règle que la pratique vient d'ailleurs confirmer, que, toutes les fois qu'un flux, quel qu'ait été son mode primitif, change de caractère, il résulte de ce changement une prédisposition aux coliques et à toutes leurs conséquences.

Les malades qu'on peut considérer comme rentrant dans les deux dernières classes sont sujets à des accidents particuliers. Chez eux, le gonflement des hémorrhoïdes est assez peu prononcé pour qu'ils n'en ressentent qu'une douleur quelquefois vive mais subite et passagère, ordinairement sourde, et s'exagérant peu par les mouvements ou par la position qu'ils prennent. Pendant l'accès, ils se plaignent surtout de pesanteur dans le fondement, de fatigues, de difficultés dans la défécation. Le flux est plus lent à s'établir et ses prodromes sont plus appréciables.

Lorsque les choses suivent leur marche ordinaire, dans ce qu'on pourrait appeler l'état normal de ces hémorrhoïdes, les prodromes se réduisent à quelques douleurs abdominales vagues, irrégulières, aussi prononcées le matin qu'après les fatigues de la journée. Il s'y joint un dérangement dans les selles qui se traduit souvent par ce seul fait que les individus sont forcés de renoncer à leur régularité habituelle. L'appétit reste d'ailleurs à peu près le même. Ces légères incommodités précèdent de quelques jours le flux qui s'établit graduellement et se continue peu de temps après qu'il a cessé.

Lorsque, au contraire, les hémorrhoïdes s'écartent de leur marche accoutumée, qu'elles reviennent à des époques plus rapprochées ou tout à fait indéterminées, que le molimen se fait sans évacuation, voici ce qu'on observe chez un grand nombre de malades :

Ils se plaignent d'abord de ressentir dans le rectum une pesanteur continue ou qui du moins leur laisse peu d'intervalles de repos. — Des coliques auxquelles ils attribuent une sorte de périodicité leur reviennent une ou deux fois chaque jour, sans suivre de trajet déterminé, sans avoir toujours ni la même intensité ni la même forme. L'appétit diminue ou perd sa régularité. L'ingestion des aliments est suivie d'un sentiment de chaleur, de poids ou de tiraillement au creux de l'estomac. Deux ou trois heures après le repas, le ventre leur semble comme tendu, il est sensible plutôt que douloureux à la pression. La figure se colore, surtout autour des yeux ; ils ressentent une chaleur incommode à la peau avec quelques démangeaisons.

Les selles deviennent irrégulières, tantôt par leur fréquence,

tantôt par leur rareté. En général, elles sont précédées de coliques plus vives, mêlées de quelques brusques élancements que les malades comparent à la douleur produite par une piqûre intérieure et profonde. Ces coliques sont suivies d'un besoin immédiat d'aller à la garde-robe, de selles diarrhéiques très-peu abondantes et qui laissent après elles une sensation de plénitude et de malaise assez commune pour être caractéristique.

C'est là ce qu'on pourrait nommer le premier degré de la colique hémorrhoïdale. Tant que les accidents en restent à ce point, qu'ils se reproduisent rarement et durent peu à chaque crise, il est rare que l'intervention du médecin soit réclamée.

Lorsque la maladie est plus intense, on doit encore mesurer sa gravité plutôt par sa durée que par la nature des douleurs qui rarement deviennent insupportables. La colique hémorrhoïdale tend essentiellement à passer à l'état chronique, et plus elle date de loin, plus elle entraîne d'accidents à sa suite.

Après quelque temps, en effet, la pesanteur que les malades accusaient dans l'extrémité inférieure du rectum est remplacée par une sensation de compression, de tiraillement, de déchirement qui semble remonter le long de l'intestin. Les coliques ne sont pas plus aiguës, mais d'une acuité plus persistante ; d'autres fois, au contraire, elles restent sourdes, profondes, sans vifs élancements, mais aussi sans rémission prononcée. L'appétit se perd. Un certain nombre d'aliments deviennent d'une digestion extrêmement laborieuse. Stoll est, à ma connaissance, le seul auteur qui ait cité des cas de coliques hémorrhoïdales franches avec augmentation de l'appétit et mieux être après chaque repas ; il les rapporte lui-même comme des exceptions. Le ventre se ballonne d'une manière incommode, surtout à la suite du repas du soir. La nuit même, et durant le sommeil, le diaphragme repoussé par les gaz gêne singulièrement la respiration : de là, parfois seulement, des accès de suffocation et comme de faux asthmes qui cèdent assez vite à l'expulsion de ces flatuosités. La production des gaz intestinaux, rarement suffisante pour provoquer une semblable oppression, est, à un plus haut degré, la conséquence ordinaire des coliques hémorrhoïdales.

Les garde-robes sont précédées des mêmes phénomènes que j'indiquais plus haut, mais qui s'exagèrent et se répètent plus fréquemment. Les évacuations, sollicitées par des efforts excessifs, se réduisent souvent à l'excrétion d'une matière filante et blanchâtre, de mucosités plus ou moins cohérentes, qui, si elles ne sont pas rendues seules, sont expulsées avant les selles. Il est difficile que le médecin ne soit pas averti de cette excrétion

muqueuse, parce que c'est le fait auquel les malades attachent le plus d'importance, c'est celui qui les préoccupe le plus vivement, souvent même c'est le seul qu'ils indiquent. Je ne l'ai jamais vu faire défaut (et mon attention était portée vers ce point). Il peut mettre sur la voie de prédispositions hémorrhoïdales dont les malades n'auraient pas rendu compte s'ils n'avaient été questionnés à ce sujet.

Chez un petit nombre d'individus, et ce sont en général ceux qui éprouvent de notables désordres dans leurs hémorrhoïdes habituellement abondantes, ces excrétions de matières muqueuses sont assez considérables et précédées de coliques tormineuses et violentes.

L'évacuation hémorroïdale, s'établissant avec une certaine force, dissipe presque immédiatement ces douleurs.

Tels sont les principaux caractères auxquels peuvent se reconnaître et se distinguer les coliques hémorrhoidales, lorsqu'elles sont assez récentes pour n'avoir encore apporté aucun trouble dans la constitution. En se prolongeant, elles entraînent des désordres plus sérieux, et par leur retentissement dans tout l'organisme, et parce qu'il est d'autant plus difficile de remonter à leur cause qu'elles s'éloignent davantage des formes primitives.

Les coliques hémorrhoïdales ont, comme je l'ai déjà fait observer, une grande propension à devenir chroniques, et la raison en paraît assez facile à saisir. Leur premier remède, leur remède unique quand elles sont abandonnées à la nature, c'est le rétablissement du flux hémorrhoïdal dans ses conditions antérieures : c'est, qu'on me pardonne le mot, la régularité de la *fonction pathologique* qui ramène et assure la santé. Or, ces coliques, lorsqu'elles ont eu quelque durée, sont souvent l'origine d'un état général avec lequel les congestions actives semblent en contradiction. Il faut donc, pour compléter leur histoire, étudier l'influence qu'elles prennent sur la constitution de l'individu, et voir en quel sens elles modifient son tempérament.

Les individus affectés depuis longtemps de coliques hémorrhoïdales subissent, comme on peut le prévoir, la plupart des accidents communs aux dyspepsies prolongées. Leur santé générale s'altère, quoiqu'ils maigrissent peu; leur teint devient blafard, leur peau terne; leurs chairs sont plus molles.

Les femmes sont particulièrement aptes à ressentir ces effets. Cependant leur menstruation est moins souvent influencée qu'on ne le présumerait.

Ils se fatiguent facilement par la marche ou par un travail soutenu. Les membres inférieurs sont plus faibles et plus froids.

Des syncopes que rien d'extérieur ne motive, les assaillent assez fréquemment et les jettent dans de vives angoisses. Quelques-uns éprouvent des phénomènes plus singuliers qu'ils énoncent en disant que par moments la tête leur semble vide, qu'ils se sentent près de défaillir, et ne ressaisissent qu'avec peine le fil de leurs idées.

A cela se joignent des douleurs aussi variables dans leur siége que dans leur intensité. Les malades se plaignent de souffrance dans tous les os du bassin, dans les articulations coxo-fémorales, d'une barre qui traverserait d'une articulation à l'autre, de fatigues avec tiraillement dans le pli des aines, d'élancements qui suivent la direction de la colonne vertébrale sans dépasser la région lombaire. Les femmes, quoique les fonctions utérines s'accomplissent assez bien, accusent des picotements dans l'utérus, des maux qu'elles comparent à ceux qui précèdent l'accouchement, de la chaleur en urinant, parfois même un peu de gonflement dans les organes extérieurs de la génération.

Ces accidents sont passagers, ils changent de place et de forme, et persistent rarement plusieurs jours avec les mêmes caractères. Peut-être ne mériteraient-ils pas une sérieuse attention, si d'autres phénomènes ne leur prêtaient une gravité *réflexe*.

Il est rare, en effet, que l'état moral ne soit pas vivement influencé et qu'à la suite de ces vagues inquiétudes il ne survienne pas une tendance à l'hypochondrie, ou l'hypochondrie elle-même avec ses redoutables conséquences.

Les femmes s'affectent surtout et attribuent volontiers leurs souffrances à une lésion organique de l'utérus. La pâleur du teint, l'affaiblissement général, les douleurs locales, mille autres circonstances se réunissent pour motiver cette crainte qui, chez elles, est en général le point de mire de l'hypochondrie.

D'autres fois, les malades sont pris d'une tristesse intermittente et tellement vive qu'ils pleurent ou gardent un silence obstiné tant que dure l'accès, et il est rare que la crise ne se prolonge pas trois ou quatre jours. Ils retombent ensuite dans un affaissement moral qui s'améliore graduellement.

Lorsque les malades, atteints de coliques hémorrhoïdales chroniques, sont prédisposés, par la constitution antécédente, aux troubles nerveux, on voit souvent se produire des spasmes variables, suivant les individus, dans leur forme et dans leur durée. L'affaiblissement général qui résulte de la maladie explique chez eux ces états spasmodiques aussi bien que, chez les autres, abattement ou la prostration.

On comprend, par cet exposé, que, pour suivre dans leur rela-

tion naturelle et dans leur accroissement successif les phases de cette maladie, il est besoin, avant tout, d'une patiente observation. La nécessité d'examiner longuement et longtemps les malades explique le peu de foi qu'ont beaucoup de médecins dans la réalité, la succession et surtout la cause des accidents que j'ai décrits. Les malades des hôpitaux, qui semblent aujourd'hui avoir le droit exclusif de fournir des matériaux à la science, en fourniraient bien peu à cette partie de l'histoire des hémorrhoïdes.

Pour concevoir comment les hémorrhoïdes peuvent donner naissance à de semblables désordres, sans que ce soit un fait étrange et nouveau dans l'économie humaine, il suffit de se reporter aux phénomènes qui précèdent la menstruation et à ceux qui résultent de ses troubles. Par cette comparaison que tout le monde peut faire, et sur laquelle, par conséquent, je n'insisterai pas, on est conduit au moins à regarder l'influence des hémorrhoïdes comme une hypothèse à laquelle ni la raison ni les lois ordinaires de la pathologie ne répugnent absolument.

Pour démontrer que ces états maladifs, depuis le plus simple, qui constitue à peine une incommodité, jusqu'au plus grave, sont liés à la marche des hémorrhoïdes, il faut en appeler à l'observation. Je citerai quelques cas particuliers, plutôt pour montrer des types différents, que pour représenter dans toutes leurs combinaisons les accidents que j'ai indiqués.

Obs. I. — *Coliques hémorrhoïdales tormineuses* (*forme aiguë*). — Z..., âgé de 31 ans, homme fort, d'un tempérament sanguin, habitué à des excès de table, menant d'ailleurs une vie active. Son père a été affecté d'hémorrhoïdes. Il affirme le fait, sans connaître aucune des circonstances qui s'y rattachent.

Depuis deux ans, il a eu quatre atteintes de la même maladie, et chaque fois des symptômes analogues se sont reproduits en variant seulement d'intensité.

Voici ce que j'ai observé dans la quatrième crise, la seule dont j'ai été témoin :

Diarrhée subite. L'appétit diminue le premier jour. Le lendemain, anorexie complète, pas de fièvre. Affaiblissement des jambes qui le force à se coucher. Douleurs tormineuses survenant brusquement et suivies de besoin d'aller à la garde-robe. Efforts violents et pénibles provoquant l'excrétion d'une matière muqueuse qu'il compare avec raison, pour la couleur et la consistance, au blanc d'un œuf cuit. Deux selles diarrhéiques.

Le troisième jour, cette excrétion muqueuse est marquée de quelques stries de sang. Le ténesme et les coliques continuent. Le soir, écoulement d'un demi-verre de sang pur. La nuit est plus

tranquille. A mesure que cet écoulement se renouvelle, les douleurs deviennent moindres : les accidents disparaissent le sixième jour, le flux sanguin, qui a diminué graduellement, est réduit à quelques traces ; le malade a repris ses habitudes et ne se ressent plus de sa maladie.

Obs. II. — *Coliques hémorrhoïdales peu intenses (forme chronique).* — M..., âgé de 34 ans, réglée à 15 ans environ, a eu deux enfants. Jamais de troubles dans la menstruation ni d'hémorrhagies après ses couches. Vers l'âge de 40 ans, elle fut prise des premiers accidents qui se réduisaient à deux évacuations assez abondantes, chaque année, vers le printemps et à l'automne. Ce flux n'était précédé que de coliques très-légères durant une huitaine de jours ; l'appétit restait intact, et les coliques disparaissaient dès que l'évacuation s'était franchement établie.

A l'âge de 46 ans, elle cessa d'être réglée, et son époque critique ne fut marquée par aucune incommodité particulière (sa sœur, qui présente la même constitution apparente, a été prise à cette époque d'un asthme dont elle éprouve de fréquents accès).

Quatre ans après (la malade avait par conséquent 50 ans), les hémorrhoïdes se reproduisirent quatre fois dans la même année, moins abondantes et moins brusques. Les garde-robes étaient, durant quelques jours, marquées de stries sanguines. L'écoulement de sang pur survenait ensuite et persistait, en diminuant graduellement, pendant environ une semaine. Jamais il ne dépassa la valeur d'une cuillerée.

Les coliques, sans être plus intenses, avaient augmenté de fréquence ; elle en avait ressenti presque tous les mois, sans que le flux hémorrhoïdal se fût établi plus de quatre fois, comme je l'ai dit plus haut.

Depuis lors, l'écoulement du sang est devenu de plus en plus irrégulier. Les coliques se renouvellent en laissant à peine huit jours pleins de repos. Les selles sont imprévues, leur besoin se fait sentir à toute heure du jour ou de la nuit. Le plus souvent elles se réduisent à une excrétion muqueuse et blanchâtre sans traces de sang, ou à quelques excréments diarrhéiques verdâtres ; elles sont toujours douloureuses.

L'appétit est très-irrégulier, ordinairement peu prononcé. La malade est devenue d'un caractère craintif, les moindres circonstances la tourmentent. Elle résiste encore assez bien à la fatigue, mais elle est prise quelquefois, surtout après des garde-robes nocturnes, d'une syncope qui dure peu d'instants, mais lui laisse dans tous les membres une grande faiblesse pendant la journée.

Obs. III. — *Coliques hémorrhoïdales très-intenses; guérison.* — D..., âgé de 38 ans, tempérament sanguin, homme grand et vigoureux. Hypertrophie du cœur bien caractérisée, datant de cinq années, ou plutôt s'étant annoncée depuis cette époque par des symptômes tranchés.

Ce malade est naturellement d'une sensibilité extrême, et depuis qu'il a été traité par des saignées abondantes, il éprouve des spasmes nerveux et des mouvements convulsifs à la suite de chaque émotion un peu vive.

Les premières hémorrhoïdes se sont manifestées il y a six ou sept ans, il les attribue à l'exercice du cheval. Elles ont coulé d'abord assez régulièrement et se sont suspendues pendant l'année 1843, sans qu'il en ressentît de notables incommodités. Vers l'automne de 1844, il est pris à plusieurs reprises de coliques assez vives accompagnées de borborygmes et de flatuosités abdominales : l'appétit persiste d'ailleurs, les garde-robes sont à peu près normales.

Cet état de choses dure environ un mois : cependant les accidents s'aggravent, les selles se suspendent malgré les laxatifs, il éprouve du ténesme. Après chaque repas, la face devient bouffie ; quelques vertiges, rougeur des pommettes, des lèvres et du nez. Le soir, le ventre se ballonne, les borborygmes sont plus nombreux et plus gênants, l'excrétion des urines est elle-même plus laborieuse. Pendant la nuit, le malade est réveillé en sursaut par la gêne que lui cause la présence des gaz accumulés dans les intestins. Il se plaint d'une barre qui lui comprime l'abdomen à la hauteur des fausses côtes. — Insomnies opiniâtres et à cause des symptômes de la maladie et à cause de sa préoccupation. — Au bout de quelques jours, contractions convulsives des extrémités inférieures, agitation dans le lit, fatigue et courbature lorsqu'il est assis, anorexie complète ; l'ingestion des aliments lui cause du dégoût et lui inspire des craintes pour le temps de la digestion, il refuse la nourriture ; peu de soif, pas de vomissements. — Eructations bruyantes suivies d'un très-court soulagement. Les accidents nerveux s'aggravent et prennent la forme choréique. (Antispasmodiques variés et à haute dose, continués quatre jours sans succès.)

L'état du malade empire, de violentes palpitations se joignent aux symptômes précédents. La face est tirée, les yeux sont excavés, la coloration par plaques violacées se prononce davantage.

C'est à ce moment que je vois le malade pour la première fois. Dans la présomption que le flux hémorrhoïdal est pour

quelque chose dans ces graves accidents, je conseille les purgatifs aloétiques. Soit sous l'influence du médicament, soit par un effort de la nature, les douleurs se localisent : le malade se plaint d'une forte pesanteur à l'anus et de quelques élancements.

Huit jours après, le flux hémorrhoïdal s'établit en abondance ; avec lui les phénomènes nerveux s'amendent, le malade revient à la santé graduellement. Ses fonctions reprennent peu à peu leur vigueur à l'aide d'un régime exactement suivi.

Je passe rapidement sur les modifications qui suivirent l'éruption des hémorrhoïdes dans l'état général et dans la maladie du cœur dont il est affecté. J'ajouterai seulement qu'il est depuis mieux portant qu'il n'a jamais été durant ces cinq années ; que l'évacuation hémorrhoïdale revient à peu près tous les mois, précédée de douleurs auxquelles il n'attache plus d'importance, parce qu'elles lui présagent le retour de la maladie à laquelle il a plus d'une raison d'attribuer sa santé.

On trouvera dans les auteurs un grand nombre de faits analogues à ceux que j'ai cités. Je n'en rapporte aucun ici, pour ne pas étendre davantage la description déjà si longue d'une seule des phases de l'affection hémorrhoïdale.

J'ai choisi ces quelques exemples comme suffisamment tranchés pour laisser peu de doutes sur l'influence des hémorrhoïdes et leurs rapports avec les coliques auxquelles elles ont donné leur nom. Tous les médecins, en consultant leurs souvenirs, en retrouveront certainement un plus grand nombre.

J'ajouterai seulement, en terminant, que des phénomènes analogues se produisent quelquefois chez certains malades sans qu'ils accusent ni douleurs ni hémorrhoïdes anciennes ou récentes. Doit-on, dans ces circonstances, soupçonner un motus hémorrhoïdal sans flux apparent ? C'est ce que je n'ose décider en thèse générale, quoique, dans plus d'un cas particulier, les antécédents et les conséquents y conduisent naturellement.

THÉRAPEUTIQUE.

6. *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques ;* par M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

(Revue médicale, octobre 1845.)

§ 1er. — *Considérations préliminaires.* — Si jamais l'introduction de quelque substance médicamenteuse dans le domaine de la

pratique a été l'occasion de précieuses applications contre de nombreux états morbides de natures diverses, c'est bien sans contredit celle de l'iode et de l'intéressante famille de composés dont il est la racine ou le principe actif. Tandis, en effet, que trente-deux ou trente-trois ans nous séparent seulement de l'époque où un manufacturier chimiste de Paris, M. Courtois, découvrit, dans les eaux mères des soudes de varechs d'abord, et ensuite dans les cendres d'autres algues maritimes, ce métalloïde auquel le savant Gay-Lussac donna, un peu plus tard, le nom d'iode que la science a consacré, il est arrivé pourtant que son emploi s'est étendu sur beaucoup de maladies qui, grâce à ce médicament, ont pu être combattues avec infiniment plus d'avantage que par le passé, ou même ont perdu ce cachet d'incurabilité que le manque de remèdes suffisamment efficaces avait fini par laisser peser sur plusieurs d'entre elles. Et notre siècle, qui a été si fertile en découvertes et en progrès de tous genres, n'aurait-il à produire, par rapport à l'art de guérir, que la seule découverte de l'iode et des applications déjà si nombreuses et si variées des remèdes iodurés, qu'il mériterait encore d'être signalé comme ayant fortement contribué à l'avancement et au perfectionnement de la science des maladies et de leur traitement.

Rappelons ici que la thérapeutique eut à peine connaissance de la découverte de ce nouveau corps, que, sentinelle vigilante, sans cesse occupée à enrichir le domaine de l'art de remèdes précieux à la santé de l'homme, elle se mit en mesure d'étudier, de reconnaître si le nouveau produit ne posséderait pas des propriétés médicinales. Or, un des premiers résultats de son investigation sur cette matière fut de constater que la pratique médicale s'était depuis longtemps déjà adressée à l'iode sans s'en douter, et en avait obtenu de très-précieux effets, en combattant certains états morbides avec des substances qui contenaient ce corps duquel seul elles tenaient toute leur puissance curative. Ce fut même cette connaissance qui, on peut le dire, devint l'idée mère qui mit immédiatement sur la voie de ses principales propriétés et qui préluda aux nombreuses applications pratiques qui en ont été faites depuis. Hâtons-nous de déclarer que l'homme qui fraya un chemin à ce genre d'investigations fut le docteur Coïndet, de Genève, dont le nom est désormais attaché à l'histoire médicale de cet agent thérapeutique. Ce praticien ayant vu, dans un Formulaire, que Russel conseillait le varech contre le goître sous le nom d'éthiops végétal, et que d'autres proposaient l'éponge brûlée contre la même maladie, se douta qu'il se pourrait bien que l'une et l'autre de ces substances ne dussent leurs propriétés

médicamenteuses qu'à la présence de l'iode, que les analyses chimiques y avaient déjà fait reconnaître. De cette idée, qui avait pour elle les lois de l'analogie, aux tentatives de son emploi direct contre le bronchocèle, il n'y avait qu'un pas à faire, et Coïndet avait trop de sagacité pratique et était trop bon observateur pour ne pas le tenter. Il en vint donc aux applications directes de l'iode contre les hypertrophies du corps thyroïde, et les résultats favorables qui accompagnèrent ses essais marquèrent définitivement et à tout jamais l'introduction de cette substance dans le domaine de la thérapeutique. Les tentatives, les essais de Coïndet furent effectivement répétés : de nouveaux succès vinrent, nombreux, se joindre à ceux qu'il avait mentionnés, et bientôt la presse médicale retentit de nombreuses guérisons de goître obtenues par l'usage interne et externe de l'iode ou des préparations iodurées.

La connaissance de l'action éminemment résolutive de l'iode et de ses composés porta Coïndet encore, par voie d'analogie, à employer la médication iodurée contre les engorgements scrofuleux. Les résultats avantageux qu'il en obtint portèrent le praticien de Genève à l'administrer contre divers états morbides scrofuleux, autres que les engorgements, et un mémoire qu'il publia en 1821 dévoila définitivement que la matière médicale jouirait, dorénavant, d'un médicament à propriétés incontestablement antistrumeuses.

A mesure ensuite que l'on s'est avancé plus encore dans la voie des recherches thérapeutiques au sujet de ce médicament, il a été recommandé contre bien d'autres états morbides ; et c'est ainsi qu'il a été prescrit successivement contre les tumeurs blanches articulaires, les obstructions chroniques du testicule, les affections goutteuses, rhumatismales; la carie des vertèbres, les ulcères chroniques de la bouche et du gosier, le squirrhe de l'utérus, diverses espèces de squirrhe ou de cancer, diverses espèces de dartres, le lupus, les ulcères atoniques des jambes ; la polysarcie, le tabès mésentérique, la phthisie pituiteuse, la phthisie tuberculeuse, les autres états tuberculeux de l'organisme ; l'engorgement des viscères abdominaux ; la leucorrhée chronique, les affections syphilitiques ; l'hydrocéphale aiguë et chronique, le diabète sucré ; la blennorrhagie, la ménorrhagie ; la paralysie et la danse de Saint Guy ; le tic, l'anasarque, l'hydropisie ascite, etc., — sans y comprendre bien d'autres affections qui se rapportent surtout à son emploi local, savoir : l'hydrocèle, les kystes du corps thyroïde, les tumeurs enkystées peu profondes, profondes même quelquefois, l'hygroma, les hydropisies des articulations, etc.

Toutefois, ayant pour but principal, en lançant ce faible mais consciencieux travail dans l'arène du concours que, dans son zèle incessant pour le progrès de l'art et de la pratique, la Société de médecine de Paris a cru devoir instituer pour cette année : *Sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques*, on comprend que nous devons limiter nos vues, dans le présent mémoire, aux notions directement relatives au traitement de ce genre de maladies par l'iodure de potassium, ou aux notions incidentes qui viennent s'y rapporter. C'est effectivement dans ce sens que nous allons chercher à atteindre la solution du problème scientifique proposé. Voici même le plan que nous avons intention de suivre pour accomplir plus sûrement la tâche par nous entreprise. Nous commencerons par donner un aperçu des tentatives qui ont été successivement faites, en divers temps et par divers praticiens, de la médication iodurée contre les maladies syphilitiques, et que l'on peut considérer comme le prélude de l'adoption définitive de l'iodure de potassium. Nous établirons ensuite, par une étude comparative, comment l'iodure de potassium résume toutes les propriétés antisyphilitiques des autres préparations iodurées, et comment il mérite de leur être préféré. La juste prééminence de ce médicament ayant été ainsi démontrée, nous passerons, par une espèce d'anticipation que l'on voudra bien sans doute trouver opportune, puisqu'elle aura pour effet de nous dispenser, dans le restant de ce travail, de certaines explications qui en troubleraient la continuité, nous passerons, dis-je, aux modes d'administration de l'iodure de potassium. Après quoi, pénétrant plus avant dans le cœur de la question, nous aurons à apprécier l'action de ce médicament dans les diverses périodes de la maladie syphilitique, et la puissance relative de son efficacité, selon que les accidents qui la caractérisent sont tertiaires, secondaires ou primitifs. Ce sera ensuite après avoir traité ces divers aperçus importants de notre sujet, que nous nous livrerons à une étude rigoureuse de l'action physiologique et pathogénique de l'iodure de potassium, de même qu'à quelques autres considérations qui ressortiront du fond même de notre travail.

Nous aurons soin d'ailleurs de prendre toujours l'expérience et l'observation pour guides dans la voie où nous nous sommes engagé, afin de nous garantir le mieux possible de l'erreur et de ne pas dévier du sentier de la vérité ; et alors même qu'il serait reconnu que notre travail n'a pas atteint le but que nous nous étions proposé, nous aimons à croire qu'on voudra bien nous tenir un peu compte de nos efforts en faveur de la bonne volonté

qui nous a dirigé. — C'est, au reste, parce que nous avons compris toute la portée et toute l'importance pratique qui se rattachent à la question que, par la plus généreuse des impulsions, la Société de médecine a soumise à l'investigation des hommes de l'art, que nous avons songé nous-même à répondre à l'appel de la savante compagnie, et que nous venons lui apporter le fruit de nos réflexions sur cette matière, dont l'opportunité ne saurait être mise en doute. Il n'est, en effet, personne qui ignore quelle lacune existait dans la thérapeutique des maladies syphilitiques, et combien impuissante se trouvait souvent la médication qu'on dirigeait contre elles, savoir : contre les accidents les plus graves et les plus invétérés. En vain, dans ces cas, pour suppléer à l'insuffisance d'action curative des préparations mercurielles, avait-on eu la pensée de s'adresser à l'argent, à l'or et au platine, il avait été reconnu que ces essais étaient bien loin encore de satisfaire aux exigences de la pratique ; tandis que les préparations iodurées, et surtout l'iodure de potassium, sont annoncés comme jouissant de propriétés bien autrement efficaces, héroïques même, dans les cas précisément où les remèdes hydrargiriques, aurifères, argentifères, etc., étaient fréquemment d'une bien désespérante inefficacité. Ce sera donc une utile et belle tâche que de chercher à connaître toute la vérité sur une matière aussi importante et aussi pratique.

§ II. — *Historique des essais antérieurs de la médication iodurée contre la syphilis, et qui prouvent qu'elle est réellement anti-syphilitique.* — Quoique, de nos jours, l'iodure de potassium soit presque le seul composé iodé qu'emploie la thérapeutique contre les maladies syphilitiques, d'autres préparations dont l'iode était la base et le principe curatif ont été pourtant utilisées contre elles ; et déjà, pour bien des praticiens, la médication iodurée, constituée par d'autres éléments que l'iodure de potassium, avait été reconnue jouir de propriétés anti-véroliques, avant même qu'on eût songé à l'administration de ce dernier médicament. Il ne sera peut-être pas sans importance pour notre sujet de parler de ces essais primitifs. — Faisons d'abord observer qu'il ne nous serait pas facile de dire au juste et sans crainte d'erreur à quel praticien revient l'honneur des premières tentatives de ce genre. Il est probable que, parmi les nombreuses expérimentations qui furent dans le temps faites des remèdes iodurés à l'intérieur, quelques médecins se seront laissé tenter d'en diriger quelquefois l'application contre certaines formes de syphilis plus rebelles, et les résultats divers qu'ils en auront obtenus, ou les circonstances qui en auront accompagné l'emploi, les auront

rendus très-circonspects dans le jugement qu'ils en auront porté et les idées qu'ils s'en seront faites, alors surtout que l'iode pur, soit en teinture, soit en sirop, était seul employé. Nous devons constater pourtant que, dès 1821, un praticien français, le docteur Biett, préconisa le premier l'iodure de mercure contre les syphilides, après l'avoir employé contre ces affections avec de très-encourageants succès. Bien que, dans ces circonstances, l'iodure de mercure doive être considéré comme ayant agi surtout par ses qualités hydrargireuses, il s'ensuit pourtant que l'administration de ce produit ioduré pouvait mettre sur la voie de l'emploi des autres préparations d'iode contre la syphilis. Déjà aussi, dès la même année 1821, MM. Formey et Bréra avaient cru devoir proposer l'usage de l'iode contre la blennorrhagie. M. Richond, d'autre part, poussa plus loin l'expérience, et se mit à essayer l'usage de l'iode dans le traitement de la blennorrhagie et des bubons vénériens, et en 1824 il publia bon nombre d'observations propres à démontrer l'utilité de la teinture d'iode donnée intérieurement et employée à l'extérieur contre ces deux états morbides.

Dans la même année, L. Henry préconisa encore l'emploi de l'iode contre la blennorrhagie. Expérimenté plus tard par John Bell contre la même affection, ce médicament, administré en teinture, fut encore reconnu utile, mais seulement dans les cas de blennorrhées opiniâtres. — C'est ici le cas de rappeler que, tout en s'occupant de ses recherches sur l'emploi de l'iode contre les maladies scrofuleuses, le docteur Lugol, de l'hôpital Saint-Louis, eut aussi quelquefois l'occasion d'attaquer avec le plus grand succès, par ce médicament, la syphilis dans ses accidents les plus graves et les plus invétérés; et en lisant les observations XXVI, XXVII, XXVIII de son troisième mémoire, dont la publication eut lieu en 1831, lesquelles se rapportent, les deux premières surtout, à des cas de véroles à accidents tertiaires, nous sommes à nous demander comment, mis ainsi en mesure de reconnaître la puissance anti-syphilitique de l'iode, dans les circonstances précisément où les mercuriaux, les préparations d'or, les sudorifiques, etc., avaient échoué, ce praticien distingué n'a pas donné plus de suite à ce genre d'applications, dont la généralisation lui eût valu autant et plus de gloire peut-être que ses précieuses études sur le traitement des états scrofuleux par les préparations iodurées. Lisez seulement sa vingt-septième observation, et vous y verrez un cas remarquable d'exostose, de carie, de marasme, etc., tous symptômes évidemment dus à une cause syphilitique, lesquels, rebelles à un grand nombre de traite-

ments mercuriels, à trois traitements par l'oxyde d'or qui ne firent qu'exaspérer la maladie, cédèrent complétement à l'usage continué pendant deux mois et demi des préparations iodurées seules à l'intérieur. Cédons même au désir de citer presque en entier ce fait remarquable qui se rattache tout naturellement à notre sujet : « — Le 26 décembre 1830, dit M. Lugol, se présenta chez moi un jeune homme de 23 ans, arrivé au plus haut degré de marasme. Les membres n'étaient plus formés que par les os et la peau hérissée d'exostoses ; la voix était enrouée, et le malade éprouvait une toux rauque analogue à celle des lépreux : l'appétit était perdu, les voies digestives affaiblies par une diarrhée et des pituites très-abondantes ; la débilité était portée au point que l'idée seule du mouvement répugnait au malade ; les deux oreilles versaient, par le conduit auditif externe, une grande quantité de sanie roussâtre, souvent sanguinolente, très-fétide ; la suppuration était abondante au point de nécessiter quatre à cinq pansements dans les vingt-quatre heures ; assez souvent des parcelles osseuses étaient mêlées avec le pus : l'apophyse mastoïde du côté droit formait un relief considérable ; la peau qui recouvrait cette tumeur conique, formée par l'hypertrophie de l'apophyse, était rouge et percée, au niveau du sommet, d'un orifice fistuleux qui conduisait le stylet jusqu'à l'os dénudé ; en arrière de cet ulcère fistuleux, on voyait un second orifice par lequel il était facile de faire parvenir un liquide injecté, jusque dans l'oreille externe. Du côté gauche, l'apophyse mastoïde, quoique un peu moins saillante que celle du côté opposé, offrait néanmoins la même maladie : même suppuration par le conduit auditif externe, même trajet fistuleux qui conduisait le stylet jusqu'à l'os dénudé, même facilité de faire passer l'injection par l'orifice extérieur de ce trajet dans le conduit auriculaire. Il y avait surdité des deux oreilles.

« L'injection de ces trajets fistuleux donnait lieu à des phénomènes de compression cérébrale que l'on pouvait produire à volonté. Le premier coup de piston de chaque seringue produisait un bruit perçu par le malade, une faiblesse passagère et des éblouissements ; ce qui nous porta à penser que la carie pouvait se prolonger à la portion écailleuse du temporal, d'où le contact immédiat d'un liquide avec l'encéphale produisait des phénomènes de compression.

« Les mêmes phénomènes avaient lieu dans d'autres circonstances. Le malade était sujet à éprouver, en marchant, des vertiges instantanés, des éblouissements qu'il cherchait à nous faire comprendre en disant que ses yeux dansaient, et qu'après s'être

croisés deux ou trois fois, ils reprenaient leur assiette naturelle. Chaque fois que ces phénomènes avaient lieu, la chute du corps était imminente ; le malade ne la prévenait qu'en s'arrêtant tout à coup. Ces phénomènes très-remarquables avaient lieu surtout à l'occasion d'un grand mouvement respiratoire, en se mouchant, en toussant, en éternuant, etc., et ils étaient d'autant plus prononcés que l'oreille était plus remplie de pus. — En rapprochant ces phénomènes de ceux produits par les injections, il est facile de voir que, dans les deux cas, on doit les regarder comme des effets de compression cérébrale.

« Ce malade, âgé de 29 ans, ressemblait à un vieillard au déclin de sa carrière.

« Dès l'âge de 15 ans, il avait abusé de ses forces, et peu d'années après, il avait commencé une *série de maladies syphilitiques contractées l'une sur l'autre*, et qui ne l'avaient pas rendu plus modéré sous aucun rapport de régime. *Des exostoses avaient déformé tout le système osseux ; des pustules avaient envahi la peau et l'avaient couverte des ulcérations les plus hideuses.*

« On avait administré le mercure sans aucune mesure, et à doses d'autant plus fortes que, par son mauvais emploi, la syphilis exaspérée paraissait toujours avoir été attaquée trop faiblement.

« Après sept ou huit ans de traitements mercuriels faits dans divers hôpitaux militaires, notre malade demanda à être dirigé sur Montpellier : il y subit trois traitements par l'oxyde d'or. L'usage de ce remède réveilla les exostoses, et avec elles la plus grande insomnie et une irritabilité nerveuse qui poussa plusieurs fois le malade au désespoir.

« Tel était son état lorsque, soutenu par une dernière espérance que lui avait inspirée la lecture de mon mémoire, il vint à Paris me demander un traitement ioduré.

« Ne voyant point la scrofule dans l'histoire des antécédents ni dans le diagnostic que j'avais sous les yeux, je dois dire avec franchise que je ne comptais point sur l'iode, et que je l'ai donné plutôt par instinct et pour ne pas désespérer le malade, que dans la persuasion rationnelle de son efficacité . . . . . .

« M*** fut mis au traitement ioduré le lundi 27 décembre 1830. Eau minérale iodurée ; injections iodurées matin et soir dans les trajets fistuleux auriculaires ; frictions iodurés sur les exostoses ; bains iodurés entiers. Le malade ne put supporter les frictions avec la pommade iodurée, ni avec celle au proto-iodure de mercure.

« Nous étions arrivés à peine à la fin de la première quinzaine du traitement, que l'appétit était revenu et que la diarrhée avait

cessé. Déjà le malade entendait un peu le roulis des voitures et commençait à s'en préserver.

« Dans les premiers jours de février, il marchait à pied presque toute la journée : les membres avaient acquis plus de volume ; l'appétit était des plus forts ; les exostoses et les douleurs ostéocopes avaient à peu près disparu. La dose intérieure d'iode est portée à un grain par jour ; le malade prend quatre bains iodurés par semaine : on continue les injections matin et soir dans les trajets fistuleux auriculaires.

« A la fin de février, je trouvais le malade sensiblement amélioré d'une visite à l'autre ; la suppuration des oreilles avait diminué considérablement ; l'apophyse mastoïde droite était revenue presque entièrement à son volume normal ; le malade entendait le bruit de sa pendule et se donnait le plaisir d'aller entendre la musique italienne.

« *Le* 12 *mars.* — Les exostoses avaient disparu complétement : les ouvertures fistuleuses n'étaient pas tout à fait oblitérées ; mais, depuis une quinzaine de jours, la suppuration était fort peu abondante : les injections ne pénétraient plus avec la même facilité, et, certains jours, ne pénétraient plus dans les trajets fistuleux qu'elles parcouraient auparavant avec la plus grande facilité. Depuis longtemps les injections ne produisaient plus de phénomènes de compression cérébrale, et le malade n'y était plus sujet en marchant dans la rue. L'ouïe était revenue à peu de chose près ; le sommeil, l'appétit, les forces, ne laissaient plus rien à désirer : le malade ne pouvait se fatiguer à marcher toute la journée pour ses affaires, quoiqu'il se promenât dans les rues de Paris, ayant à la main une canne dans laquelle était contenu un fusil du poids de neuf livres, et qu'il portait des deux mains alternativement afin de donner plus de force à ses bras.

« Dans cet état, M*** est parti pour la Guadeloupe, où l'appelait son service de capitaine d'artillerie. »

Telle est cette observation, que je n'ai pas cru inopportun d'extraire tout entière du livre de M. Lugol, comme un des exemples les plus complets d'une syphilis à accidents tertiaires. Eh bien ! sans l'heureuse idée qu'eut ce praticien, ou qu'il se laissa susciter par le malade, de traiter cet homme par une médication iodurée, alors même qu'étonné des excellents résultats que celle-ci lui produisait, il croyait presque n'avoir affaire qu'à un état scrofuleux dégénéré, que serait-il avenu, je le demande, de cette malheureuse victime de la vérole et de l'insuffisance des traitements anti-syphilitiques alors en usage ? Ah ! selon toutes les probabilités, il eût continué de parcourir jusqu'au bout les

phases du marasme dans lequel l'avait jeté le génie morbide qui le dévorait, et une mort cruelle, précédée de toutes les angoisses de la souffrance et du désespoir, eût été plus ou moins prochainement le terme nécessaire de tant de maux. J'avais donc bien raison de citer cette observation comme un triomphe obtenu par la médication iodurée sur un cas de syphilis très-grave, d'autant plus grave même qu'il s'était joué des médications les plus accréditées.

Le docteur Lucas Championnière nous apprend, d'autre part, combien l'emploi de l'iode était déjà usité par Cullerier dans le traitement des maladies syphilitiques. Le même M. Championnière est encore plus explicite sur cette question dans un ouvrage qu'il publia en 1836, sous le titre de *Recherches pratiques* sur la thérapeutique de la syphilis. Nous y lisons, en effet, à la page 138, que Cullerier employait fréquemment, depuis plusieurs années, l'iode en pommade, en solution, en teinture, pour les pansements locaux ; qu'associé au mercure, c'était la préparation la plus fréquemment employée, et que, seul ou combiné avec la potasse, il possédait des propriétés anti-syphilitiques évidentes. Et la formule sous laquelle Cullerier prescrivait cette substance avec assez de succès pour que, ajoute M. Championnière, on doive imiter cette pratique, était celle-ci : — Iode, 5 centigrammes ; — hydriodate de potasse, 10 à 15 centigrammes, dans une potion à prendre dans le jour. La dose de l'iode était graduellement portée à 10 centigrammes, et celle de l'iodure de potassium à demi-gramme. Or, c'était dans les cas d'orchites chroniques, d'adénites anciennes, de syphilides diverses, d'affections diverses aussi du tissu osseux, etc., que Cullerier prescrivait cette potion ; et il avait remarqué que l'estomac la supportait, en général, assez bien. Toutefois, quoique l'iode fût déjà considéré par lui comme un anti-syphilitique puissant, il ne l'administrait jamais contre les symptômes primitifs, si ce n'est en l'associant au mercure. « Nous l'avons vu fondre en quelques mois, dit M. Lucas-Championnière, des testicules vénériens qui avaient résisté à l'action des mercuriaux et même du proto-iodure de mercure. Il en a été de même d'abcès ou de tubercules de nature douteuse. L'iode est donc un médicament précieux, et il peut remplacer très-avantageusement le mercure dans une foule d'anciennes affections syphilitiques (*ouvrage cité*). » — Peut-être n'était-il pas hors de propos de rappeler quelle grande part Cullerier avait eue à la propagation des idées sur l'excellence de l'iode et de l'iodure de potassium comme anti-syphilitiques, dans les cas précisément où leur emploi devient le plus utile.

M. Ricord, qui depuis plusieurs années s'occupait activement aussi de la thérapeutique des maladies syphilitiques, ne resta pas en arrière au sujet des recherches relatives à l'utilité que la pratique peut retirer de l'usage des préparations iodurées contre la syphilis ; et dès 1837 il publia, dans une note sur l'emploi du proto-iodure de fer contre cette maladie, les résultats remarquables que le chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris avait obtenus, dans sa pratique, de ce médicament administré à l'intérieur, dans les cas où les toniques doivent être joints à la médication anti-vénérienne, surtout chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux ; résultats qui étaient tellement favorables qu'ils devaient faire classer ce médicament parmi les agents les plus efficaces contre la syphilis constitutionnelle. On y constatait effectivement, d'après les observations recueillies depuis plus de deux ans au service de ce praticien distingué, que bien des malades qui avaient suivi inutilement la plupart des traitements réputés spécifiques, sans obtenir d'amélioration dans leur santé, ou avaient même vu parfois leur état empirer, avaient éprouvé, par l'usage de l'iodure de fer, une modification favorable dans leur constitution, la cessation de l'asthénie organique concomitante, et par suite la guérison prompte des accidents syphilitiques.

L'iodure de fer n'était déjà plus, au reste, pour M. Ricord, un agent seulement modificateur du tempérament ; car il avait maintes fois remarqué que les désorganisations consécutives de la syphilis s'amélioraient rapidement sous l'influence de cet agent thérapeutique ; que de vastes ulcérations de la gorge qui n'avaient été gu'aggravées par chaque essai de traitement mercuriel, que des cas de caries du crâne, de la face, du tibia, provenant aussi de causes syphilitiques, etc., tendaient assez rapidement à la guérison sous l'influence de ce médicament, et qu'on observait, en le donnant à haute dose, que la séparation des parties frappées de carie ou de nécrose s'opérait dans un temps de moitié plus court que par l'usage des moyens plus généralement employés. Remarque avait été aussi faite par M. Ricord que, sous l'influence de ce même traitement, des écoulements chroniques uréthraux ou vaginaux chez des sujets lymphatiques, scrofuleux, à tempérament débile, guérissaient parfois avec une remarquable rapidité. Déjà même ce praticien donnait, en débutant, trente centigrammes du remède, qu'il augmentait graduellement de deux en deux jours, jusqu'à effet notable. Quelquefois il en avait poussé la dose jusqu'à deux grammes par jour.

A la même époque, l'habile chirurgien de l'hôpital des Vénériens

de Paris administrait l'iodure de fer en injections dans les blennorrhagies, quelle que fût leur ancienneté, recherchant toutefois qu'il n'y eût que peu ou pas de douleurs à l'urèthre. Il croyait même devoir classer ces injections au premier rang des moyens anti-blennorrhagiques locaux. Leur formule était la solution suivante :

Proto-iodure de fer, deux décigrammes ; eau distillée, 250 grammes. M.

Il est donc vrai qu'à mesure que nous avançons dans la voie des applications des préparations iodurées contre les syphilis constitutionnelles, leur efficacité devient de plus en plus manifeste ; car, comme nous l'avons fait pressentir, on voudra bien ne pas s'imaginer, je pense, quand il s'agit de l'iodure de fer, que c'est à l'action tonique du fer qu'il faut rapporter les bons effets qui ont été ci-dessus signalés, puisque le fer seul ne jouit pas d'une efficacité pareille. Nous verrons, au reste, qu'il est une autre préparation iodée qui ne contient aucun principe ferrugineux, et qui est pourtant plus efficace encore dans la grande majorité des cas. On comprend que nous voulons faire allusion ici à l'iodure de potassium.

Pendant que se faisaient en France ces expérimentations favorables à l'emploi des préparations iodurées contre les affections syphilitiques anciennes, des médecins étrangers s'occupaient activement de la même matière, et, par leurs essais, ils concouraient puissamment aussi à établir la réputation anti-syphilitique de cet ordre de médicaments. C'est ainsi que, dès 1836, un journal de médecine anglais (*The Lancet*, livraison de mars 1836) contenait une remarquable leçon clinique du docteur Wallace, dans laquelle le savant praticien, exposant les résultats de son expérience à ce sujet, démontrait combien les préparations iodurées avaient été efficaces contre les divers accidents syphilitiques constitutionnels. Et certes c'était sur un nombre imposant de faits que l'honorable professeur de l'hôpital de Jervis-Street, à Dublin, établissait ses conclusions, puisque les cas d'affections vénériennes consécutives ou constitutionnelles traitées par l'auteur s'élevaient à cent quarante-deux, y compris toutes les variétés que peut présenter la syphilis tant dans ses formes simples que dans ses complications. Dans ces deux cent quarante-deux cas, en effet, se trouvaient six cas d'iritis, six cas d'affections du testicule, dix de tubercules (nodus), y compris toutes les affections des systèmes fibreux, osseux, et synovial ; quatre-vingt-dix-sept cas d'éruptions, y compris toutes les affections du système cutané ; vingt cas d'affections de la surface mu-

queuse de la bouche, du nez, de la gorge, etc., et trois cas où l'iode fut administré à des femmes enceintes dans le but de préserver le fœtus de l'influence du virus. — Or, il faut remarquer que ce n'était ni à l'iode pur, ni à celui-ci associé à l'iodure de potassium, ni à l'iodure de fer, mais bien à l'iodure de potassium seul que le praticien irlandais s'était adressé de préférence. Il avait, en effet, reconnu que ce composé bien moins irritant que l'iode, dont l'administration n'exposait à presque aucun inconvénient, et qui cependant ne laissait presque rien à désirer sous le rapport de sa puissance curative, méritait plutôt que les autres la confiance des praticiens. Pour faciliter l'administration de l'iodure de potassium à ses malades, Wallace en faisait dissoudre huit grammes dans deux cent cinquante grammes d'eau distillée, et il donnait aux personnes adultes une cuillerée à bouche quatre fois par jour, soit environ soixante grammes de cette solution. Ainsi le malade prenait un gramme et demi à deux grammes d'iodure de potassium chaque jour. — Eh bien! dans tous ces cas, ce médicament agit avec assez d'efficacité pour que l'on n'eût pas pu attendre mieux ni aussi bien des préparations mercurielles.

C'est le cas encore de rappeler que, vers la même époque, le docteur Buchanan, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow, se livrait aussi à des expérimentations sur l'emploi des préparations d'iode, et surtout de l'iodure d'amidon, dans le traitement de diverses maladies parmi lesquelles se trouvaient de nombreux cas de syphilis. Or, cette combinaison d'iode lui fournissait encore de beaux succès, et il triomphait par elle de plusieurs cas de syphilis invétérées.

Bullock Henri avait également administré l'iodure de potassium à la dose de quarante centigrammes deux ou trois fois par jour, dans une mixture camphrée, et il avait par ce moyen constamment triomphé des syphilis les plus rebelles. Ce praticien avait la précaution de faire remarquer qu'il avait recueilli les douze observations qu'il citait dans le service public d'un hôpital, l'hôpital St-Thomas, donnant ainsi à ces faits une authenticité complète.

Ajoutons encore à ces témoignages ceux de MM. Trousseau et Pidoux, qui déclarent, dans leur *Traité de Thérapeutique et de Matière médicale* (tome II, première partie, page 135), qu'ils ont eux-mêmes obtenu d'heureux résultats de l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des diverses maladies osseuses de nature syphilitique, et de M. Martini (de Lubeck), cité par les

mêmes auteurs comme ayant eu lieu de s'applaudir de l'emploi de l'iode contre les ulcères vénériens de la gorge.

C'était trop peu toutefois encore que la manifestation de ces diverses autorités en faveur de la médication iodurée contre la syphilis, pour entraîner la masse des praticiens dans cette voie nouvelle. De nombreux mécomptes pouvaient, devaient même surgir de ces essais isolés qui étaient tentés, par la raison que l'on n'avait pas encore indiqué avec précision les circonstances dans lesquelles il y avait lieu d'y recourir, non plus que la préparation iodurée qui devait être préférée. Il était réservé au docteur Ricord, qui a déjà bien mérité de la science par de beaux travaux sur les maladies syphilitiques, d'éclairer mieux qu'on ne l'avait fait avant lui ce point de thérapeutique; et c'est lui effectivement qui a popularisé parmi nous la médication iodurée, comme médication anti-syphilitique, en posant les bases qui doivent guider dans son administration, et en indiquant plus catégoriquement celui des remèdes iodés que l'on doit prescrire.

Nous voyons effectivement que ce praticien, bien autrement explicite en cela que ses devanciers, avait d'abord reconnu, comme Wallace, que l'iodure de potassium était le plus utile des médicaments iodurés comme agent anti-syphilitique, et que c'était celui qui lui avait le mieux réussi lorsque les accidents tertiaires existaient seuls; et pour indiquer l'ordre de symptômes qui cédaient régulièrement à son emploi, il énonçait : « les tuber-
« cules profonds de la peau et des muqueuses; les tubercules
« du tissu cellulaire, vulgairement connus sous le nom de tumeurs
« gommeuses; les périostoses, l'ostéite terminée par suppura-
« tion ou par induration (la carie, les exostoses); les douleurs
« qui précèdent ou accompagnent ces altérations dites douleurs
« ostéocopes, etc. »

L'autorité du chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris, qui venait de préciser ainsi les cas les plus favorables à l'administration de l'iodure de potassium, frappa vivement l'attention des hommes de l'art; ses préceptes lui valurent des imitateurs, et bientôt la presse médicale eut à enregistrer de nouveaux et remarquables succès de la médication iodurée ou de l'usage de l'iodure de potassium contre les accidents tertiaires de la syphilis. Nous aurons aussi nous-même à citer, dans la suite de ce mémoire, des observations assez nombreuses qui viendront s'adjoindre à celles déjà connues par la voie de la presse périodique, pour constater l'efficacité de la médication iodurée, principalement de l'iodure de potassium contre la syphilis. On peut même dire avec vérité, qu'à l'époque où nous sommes, il y a unanimité pour

reconnaître aux remèdes iodurés des propriétés anti-syphilitiques, et que, si quelques voix se sont hâtées un peu trop prématurément de s'élever contre ce *prononciamento* général, elles n'ont pas trouvé d'écho pour applaudir à leur opposition irréfléchie, et le silence prudent qu'elles ont continué de garder plus tard est le meilleur indice de leur retour à d'autres convictions sur cette matière. — Mais avant de pénétrer plus loin dans le fond de notre sujet, établissons bien ce qui ressort du présent paragraphe, c'est-à dire que l'iode en général, et les préparations iodurées en particulier, savoir celles qui s'administrent à l'intérieur, jouissent réellement, dans des cas donnés, de propriétés anti-syphilitiques. C'est effectivement ce que démontre ce concours d'opinions des praticiens dont nous avons cité les témoignages, et dont les uns avaient employé seulement l'iode pur en teinture, en solution aqueuse ou même en sirop, tandis que les autres s'étaient adressés à l'iodure de fer, à l'iodure d'amidon ou à l'iodure de potassium. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *Sur l'action de la poudre de lycopode, tant en potions qu'en lavements, contre les diarrhées des enfants;* par le docteur Behrend.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, janvier 1846.)

Ce n'est pas la première fois que cette poudre est vantée comme absorbante et anti-diarrhéïque. Indépendamment de l'expérience clinique qui en fait foi, on pourrait en trouver la confirmation dans sa composition chimique.

« Cadet (*Bulletin de Pharmacie*, III, 31) y a trouvé du sucre, de la cire, du mucus, de la matière extractive, un peu de sulfate d'alumine, du fer et autres sels ; Bucholz (*Gehlen's Journal*, VI, 573), de l'huile fine, du sucre, de l'extractif muqueux, et un principe qu'il appelle *pollenin*, qui est jaune, léger, doux au toucher, insipide et inodore, toujours inflammable, donnant à la distillation sèche, outre les gaz acide carbonique et hydrogène carboné, de l'huile empireumatique. D'après Fritsche, le pollenin serait composé de mucus, d'huile et de fécule.

« Le lycopode peut être donné de la manière suivante :

« 1° En Silésie, le peuple fait triturer avec soin quatre cuillerées à café de lycopode avec deux jaunes d'œufs et autant de sirop de sucre et d'eau qu'il faut pour faire une émulsion dont on donne deux cuillerées à café toutes les heures.

« 2° Hufeland a recommandé, contre la strangurie et les diarrhées douloureuses chez les enfants : poudre de lycopode,

2 gros ; sirop de guimauve, 1 once et demie ; eau de fenouil, 2 onces : une cuillerée à café toutes les heures.

« 3° M. Behrend le prescrit de la manière suivante : poudre de lycopode, 2 gros ; eau de fenouil, 4 onces ; gomme arabique et sirop de sucre, q. s. : à prendre deux cuillerées toutes les heures. Aux enfants tout petits (nouveau-nés) : poudre de lycopode et gomme arabique, de chacune 2 gros ; sirop d'orgeat, q. s. : à prendre par cuillerées à café.

« En cas d'urgence, on peut ajouter de l'opium à ces potions.

« Les lavements de lycopode se donnent aussi en mucilage au jaune d'œuf, et, au besoin, avec de l'opium. Il est important d'avoir du lycopode pur, qui malheureusement est souvent falsifié. »

V. ACCOUCHEMENTS.

8. *Notes statistiques et observations sur le terme naturel de l'accouchement ; par* M. Le Ray, D.-M.

(Journal de Médecine de Nantes, 102e livraison.)

M. Boucher de la Ville-Jossy, en nous communiquant ses recherches sur l'accouchement artificiel, nous a fait part de l'opinion de M. Berthold pour arriver par le calcul à connaître le terme de l'accouchement chez la femme.

Les vues théoriques de M. Berthold peuvent se réduire à ceci : « Que l'accouchement s'effectue quand l'ovaire se prépare à la « dixième menstruation ; que, par conséquent, pour en déter- « miner le temps avec quelque justesse, il faudrait connaître « préalablement le cycle des dix menstruations qui ont précédé « la grossesse, et tenir compte des variations survenues. » Ce qui laisserait à supposer que, puisque la plupart des femmes ne sont réglées que tous les vingt-sept ou vingt-huit jours, le terme de l'accouchement, calculé sur la durée des mois solaires, devrait précéder de plus de quinze jours l'époque du mois correspondant à celle de l'apparition de la dernière menstruation, ou ne devrait correspondre avec elle tout au plus que chez les femmes qui sont réglées tous les trente jours.

Mais, dans une des dernières publications des *Annales des Sciences naturelles*, M. Bichoff, dans un mémoire qui a pour objet spécial de donner la démonstration de cette proposition : « De la formation de l'œuf dans l'ovaire, chez les mammifères,

« et de sa chute dans l'utérus à chaque époque menstruelle, sans « la participation de l'acte de la copulation, » termine son travail en ajoutant, « qu'il n'y a pas de manière plus sûre de connaître « le temps de la grossesse, que de compter à partir de la dernière « menstruation ; que M. le conseiller Nœgele comptait comme « si les grossesses étaient de neuf mois huit jours : c'est-à-dire « qu'il prenait pour terme de l'accouchement le huitième jour à « partir de la dernière menstruation, et qu'il ne s'était jamais « trompé dans ses calculs lorsque la grossesse était normale. » Or, il est à remarquer que, si ces deux manières de calculer le terme de l'accouchement sont conformes quant à leur point de départ, qui est la dernière époque menstruelle, elles diffèrent totalement dans leur application, puisque celle de M. Berthold conduit à fixer le terme du plus grand nombre des accouchements avant le retour de la dixième menstruation, et que celle de M. Nœgele indique positivement, au contraire, qu'il ne doit être attendu au plus tôt que huit jours après.

Au milieu de ce différend, je me trouve heureux de pouvoir venir aujourd'hui jeter quelque lumière sur cette question physiologique ; et cela, assez positivement, au moyen du résultat d'un certain nombre d'observations, notées avec soin, du quantième du premier jour où les règles ont paru pour la dernière fois, comparé à celui où les accouchements se sont effectués.

Lorsque j'ai commencé à prendre ces notes, je n'y attachais pas d'autre importance que celle que présentait la question en elle-même, et je ne prévoyais pas celle toute nouvelle qu'elle acquerrait dans son application à l'objet dont s'est occupé M. Boucher, parce que, en effet, dans la résolution prise de solliciter un accouchement prématurément, il est moins important, comme l'ont fait observer plusieurs de nos confrères, de savoir si, au moment d'opérer, l'enfant est dans son septième ou huitième mois (puisqu'après sept mois il est toujours viable), que de juger avec justesse si la nature est disposée à seconder l'opérateur, ou, autrement, si les contractions utérines viendront réellement à se réveiller et à se prêter au travail intempestif qu'on va exiger d'elles. Or, d'après les données physiologiques recueillies par les naturalistes, appuyées par les observations que je vais fournir, si le terme de l'accouchement et celui des avortements sont déterminés par la nature, le jour de l'opération n'est plus au choix de l'opérateur ; il lui est prescrit d'avance, et son devoir, avant d'agir, sera de s'y conformer.

Pendant un certain nombre d'années, j'ai calculé le terme des accouchements qui m'ont été confiés sur le huitième jour environ

à partir de la fin de la dernière époque des règles, comme il a été dit que le faisait M. Nœgele; et cela dans le but de faire coïncider, le plus exactement possible, le terme de l'accouchement avec le nombre de 270 jours que j'admettais, *à priori*, avec tous les médecins, comme devant être le nombre de jours nécessaires pour que l'enfant ait accompli son neuvième mois; tandis que, plus tard, mieux appris par la manière de compter des accouchées elles-mêmes, qui l'appréciaient avec plus de justesse en le calculant sur le retour de leur dixième époque menstruelle, ou, plus exactement encore, d'après l'époque juste de la dernière époque de leurs règles, j'ai été conduit par l'expérience, aussi bien que par l'analogie avec les autres phénomènes utérins, à finir par devoir attribuer l'accouchement, non plus au nombre de jours nécessaires à l'enfant pour vivre, ou bien à son volume et à l'énergie de ses mouvements, etc., mais plutôt à la même cause instinctive et innée qui fait que tous les mois, à peu près à la même époque, les vaisseaux utérins s'engorgent de sang et que l'utérus se contracte à chaque fois pour l'expulser.

Le désaccord entre les femmes et les médecins, dans leur manière de calculer les mois de grossesse, remonte à la plus haute antiquité. Dans le livre compris dans les œuvres d'Hippocrate sous le titre de la *Nature de l'Enfant*, l'auteur y dit formellement : « Que les femmes se trompent lorsqu'elles calculent le « temps de leur grossesse à partir du jour où leurs règles leur « manquent, parce qu'elles ne peuvent commencer à être en- « ceintes que lorsque les règles sont entièrement passées, et « même quelques jours plus tard, ce qui doit les reporter jusque « dans les premiers jours du dixième mois. » C'est-à-dire que, dès cette époque, la durée de la gestation chez la femme était calculée sur l'âge de l'enfant, dans la supposition, encore admise de nos jours, qu'il ne devait demander à naître que lorsqu'il aurait atteint ses 270 jours ou 280 jours au plus. Les motifs de cette hypothèse sont on ne peut plus futiles; c'est l'auteur lui-même du traité qui nous les donne. Il va les puiser, en effet, dans l'analogie supposée de la sortie de l'enfant du sein de sa mère, et de celle du poussin de l'œuf où il est contenu, et dont il doit rompre la coque lorsqu'il n'y trouve plus la subsistance dont il a besoin. « Semblablement, en conclut-il, le terme dans les autres « espèces doit se mesurer sur la durée du temps que la mère peut « suffire à donner à son petit la nourriture qui lui est nécessaire; « et c'est ainsi que chez la femme, par exemple, lorsque l'enfant « est devenu grand et qu'il ne reçoit plus une nourriture suffi- « sante, on le voit s'agiter jusqu'à ce qu'il vienne à bout de rompre

« les membranes l'une après l'autre, afin de pouvoir s'échapper « et venir au monde. »

Eh bien, cette vieille hypothèse n'est pas encore complètement tombée en désuétude. Dans les traités généraux d'accouchements et dans les articles spéciaux des dictionnaires de médecine, on la retrouve constamment, quoique différemment formulée : « Il est « dit, en général, que l'accouchement est déterminé par la dis- « tension de la matrice et par l'excitation des fibres utérines « causée par le volume de l'enfant ; que le terme en est arrivé « quand l'enfant a atteint ses 270 ou 280 jours ; et que, par « conséquent, il doit toujours dépasser le retour de la dixième « époque, au moins de huit jours, et quelquefois même de « quinze. »

L'opinion elle-même de M. Nœgele, qui a pris pour limite le huitième jour après la neuvième époque manquante, n'a pas assurément d'autre fondement ?

Cette hypothèse d'un nombre de jours donné que l'enfant doit avoir acquis pour naître à terme ne conduit pas, en fait, j'en conviens, à une très-grande erreur dans le calcul du terme du plus grand nombre des accouchements ; mais elle est à rejeter néanmoins : d'abord, parce qu'elle n'est qu'une hypothèse ; ensuite, parce qu'elle n'explique nullement la concordance des avortements, ainsi que des accouchements prématurés, avec le retour des époques menstruelles, et enfin parce qu'elle ne donne qu'un résultat trop incertain dans le calcul de l'époque de l'accouchement à terme lui-même. Et, en effet, il n'y a rien de moins prouvé en principe que, dans toutes les grossesses, l'enfant doive avoir été conçu huit jours au moins après les règles passées, puisqu'il est prouvé qu'il peut l'avoir été plus tôt, pendant les règles par exemple, ou beaucoup plus tard, comme à la fin du mois ; tandis que, au contraire, il est d'observation que la plupart des accouchements ont lieu à une époque constante, qui est celle du retour de la dixième menstruation, appréciée d'après le quantième du mois où la dernière s'est effectuée, et, de plus, que la même date désigne encore avec la même certitude l'époque où le plus grand nombre des accouchements prématurés s'effectue. Et l'observation est venue me le prouver à ce point, pendant une assez longue pratique, que dans mes notes où j'ai marqué le premier jour de la dernière époque des règles et le jour de l'accouchement, je n'ai pas hésité à réunir ensemble et à mettre au même rang, pour la vérification du terme, ceux qui ont eu lieu à la fin du neuvième mois. Seulement, m'y étant pris trop tard, j'aurai le regret de n'avoir à présenter dans cet

essai de statistique qu'un trop petit nombre d'observations pour résoudre la question d'une manière décisive : toutefois, j'aurai encore la satisfaction de l'offrir pour exemple à de plus jeunes praticiens, qui seront à même un jour de lui donner plus de développement.

Avant d'entrer en matière, je crois cependant devoir les prévenir que, dans ces annotations, il se présente une difficulté assez grande à surmonter, qui est celle de la détermination du jour précis de l'apparition des dernières règles, parce que, d'ordinaire, le médecin n'est prévenu d'une grossesse que vers la fin, au plus tôt vers le cinquième mois, et que déjà, à cette époque, beaucoup de femmes n'ont plus le souvenir d'aucune date précise ; qu'il en est même, parmi celles qui sont fort occupées, qui ne peuvent tout au plus se rappeler que d'avoir été réglées dans le commencement, le milieu ou la fin du mois. Je les invite néanmoins à ne pas se rebuter ; l'intérêt qu'on y porte y fait songer la femme enceinte, et il arrive qu'elle-même, devenue soucieuse de connaître avec plus de justesse le terme de sa délivrance, se remet en mémoire les circonstances qui s'y rapportent, et qu'elle finit tôt ou tard par le donner avec précision. D'ailleurs, une jeune femme à qui une première fois on a fait porter attention à la recherche du premier jour de l'apparition de ses règles, ne devient pas enceinte par la suite sans l'avoir remarqué et sans être à même d'en donner la date avec certitude. Cependant, je dois convenir que sur le nombre total de 78 accouchements que portent actuellement mes notes, il en est un dont il m'a été tout à fait impossible de déterminer le terme, tant était grande l'irrégularité des menstrues chez cette dame, et en outre parce qu'elle avait continué de perdre pendant les premiers mois de sa grossesse. De plus, encore un second, dont l'époque n'a pu m'être donnée que très-vaguement, par l'indication seulement de la fin du mois. Enfin, des 76 restants, j'en ai encore eu trois autres pour lesquels l'incertitude est restée presque complète, parce que, chez toutes les trois, la grossesse était survenue pendant l'allaitement, aucune de ces femmes n'étant réglée en nourrissant. Plusieurs circonstances particulières de ces dernières grossesses, qui se rapportent à notre sujet, méritent que j'en dise un mot.

La première, dans le cours d'un allaitement déjà très-prolongé, éprouva le 10 décembre une perte assez forte, qui se prolongea jusqu'au 12. Comme un semblable événement avait été l'indice de la grossesse précédente, elle pensa être enceinte de nouveau et sevra presque aussitôt, en calculant devoir accoucher au plus

tard le 10 septembre suivant. Cependant l'accouchement a eu lieu dès le 29 août; de sorte que, dans cette grossesse, la perte, au lieu de signaler le retour des règles, avait dû effectivement avoir suivi de près la conception, comme cette dame l'avait supposé tout d'abord. Je mentionne cette observation à dessein, parce qu'elle se présente comme un exemple propre à mettre en vue ce phénomène assez remarquable de la grossesse, et qui n'est pas chose rare, d'une perte notable et inaccoutumée suivant presque immédiatement la conception.

La seconde, d'après les premiers mouvements de l'enfant, qu'elle admettait ne devoir ressentir au plus tôt qu'à trois mois et demi, avait calculé devoir accoucher le 15 avril. Cependant l'accouchement n'a eu lieu que le 25; c'est-à-dire que, dans cette observation, il faut admettre que l'accouchement s'est effectué après dix jours de retard, ou bien que les premiers mouvements de l'enfant ont été perçus, non pas à trois mois et demi, mais à la fin du troisième mois.

Enfin, la troisième, s'appuyant, comme la précédente, sur l'âge de trois mois et demi, qui est jugé d'ordinaire pour être celui où les premiers mouvements de l'enfant sont percevables par la mère, pensait, au 10 mars, devoir atteindre la fin du sixième mois, lorsque, le 1er, elle reçut un coup violent dans la région des lombes. Cet accident donna lieu immédiatement à une perte assez forte qui se prolongea jusqu'au 7, où elle se suspendit complétement pendant vingt jours, pour reparaître le 27 sans cause appréciable ; elle dura quelques jours et se suspendit de nouveau jusqu'au 27 du mois suivant, où elle se montra, cette fois, accompagnée de douleurs qui ont décidé l'accouchement. Ici on peut encore mettre en question si, d'après le calcul de l'accouchée, qui reportait l'époque de l'accouchement au 10 du mois, il y a eu retard de 17 jours (par rapport au terme de 7 mois où l'accouchement a eu lieu), ou bien si, en raison de la répétition des deux pertes principales qui ont paru le 27 de chaque mois, l'accouchement n'a pas eu lieu à une époque régulière, qui a été celle du 27. Mais alors, dans cette dernière supposition, qui est la plus vraisemblable pour moi, il faudrait encore admettre, comme dans l'observation précédente, que la mère aurait fait erreur de près de 15 jours, et qu'elle aurait perçu les premiers mouvements de son enfant, non à trois mois et demi, mais à la fin du troisième mois, autrement, à la troisième époque des règles manquantes.

A ces deux exemples j'en pourrais joindre quelques autres analogues, dont j'ai gardé le souvenir, et qui me porteraient à

croire que les premiers mouvements de l'enfant se feraient sentir au plus tôt, et le plus généralement, non pas lorsqu'il a atteint l'âge de trois mois et demi, mais plus exactement lorsque la mère est arrivée à l'époque de la troisième suppression de ses règles. C'est-à-dire que j'admettrais plus volontiers que la sensation, de la part de la mère, des premiers mouvements de l'enfant, lui proviendrait de la sensibilité utérine exaltée à chaque époque par l'abord du sang et la contraction spasmodique des fibres de l'utérus, que de la force des mouvements de l'enfant, qui arriveraient à se manifester ainsi, en quelque sorte, à point nommé. L'accumulation du sang vers l'utérus, la contraction de ses fibres et l'augmentation de sa sensibilité à chaque époque menstruelle, chez les femmes enceintes, sont choses très-connues. On sait même que quelques-unes d'elles, par excès de susceptibilité, semblent être menacées à chaque mois d'accoucher prématurément, comme on en voit d'autres qui, par une apathie extrême, au contraire, ne sentent jamais les mouvements de leur enfant tout le temps de leur grossesse, quelque fort et bien portant qu'il soit en naissant. Au surplus, je reconnais que ce point de la question demanderait un plus grand nombre d'observations pour être décidé.

En dernier résultat, pour éloigner autant que possible les causes d'erreur, je n'ai donc pas hésité à écarter encore ces trois accouchements; de sorte que, du nombre total 78, il ne me reste plus aujourd'hui, en définitive, que 73 pour bases de comparaison.

Les époques où ils se sont terminés, mises en regard du terme fixé à l'avance par la date du premier jour où les règles ont paru pour la dernière fois, a donné le résultat suivant, que je vais détailler, en commençant par ceux qui l'ont devancé.

Sur ces 73, il y en a eu 5 qui l'ont précédé d'un jour ; 3, de deux jours ; 2, de trois jours ; 2, de quatre jours ; et 2, de cinq jours : total, 14.

Au delà de cinq jours d'avance, les irrégularités ne sont tombées seulement que sur deux nombres très-forts, les dixième et onzième jours ; savoir : 2, de dix jours ; et 2, de onze : total, 4.

Mais il est à noter que ces dernières irrégularités ont eu des causes très-appréciables. Une de ces accouchées était dans son neuvième mois, lors d'un incendie qui a eu lieu dans une maison voisine de la sienne. Une autre, d'une constitution délicate et nerveuse, et qui est accouchée le 15 août, demeurait presque sous les toits, et avait eu à supporter une chaleur excessive pendant la durée de son neuvième mois ; ce qui l'avait même assez

fortement incommodée. La troisième m'avait annoncé tout d'abord, lorsque je prenais mes informations auprès d'elle pour le terme de son accouchement, que, présumablement, elle accoucherait dix à douze jours avant le terme ordinaire, parce que le même fait s'était présenté à ses couches précédentes. La quatrième, enfin, avait à souffrir depuis plusieurs années d'une diarrhée chronique qui n'a cédé que dans la fin du dernier mois de sa grossesse. Et je dois ajouter ici, comme bon à noter, que depuis son accouchement cette indisposition n'a pas reparu.

Il m'aurait été possible pareillement de citer les causes présumables de l'avance de la presque totalité des quatorze autres accouchements. Elles sont, en général, fort appréciables : telles sont ces douleurs aiguës dans les différentes régions du bassin et de l'abdomen, qui commencent avec les premiers mois de la grossesse, et qui, vers la fin, deviennent intolérables ; ou bien le retour mensuel d'accidents plus graves, tels qu'une perte déterminée par l'implantation du placenta sur le col ; ou bien encore une affection aiguë, telle que la toux, la diarrhée, une chute, un coup, une frayeur, etc., etc.; accidents qui tendent tous à décider la fin de l'accouchement prématurément, et surtout, plus généralement, à lui faire devancer le terme normal ou mensuel. J'en citerai deux exemples, ceux que j'ai inscrits le plus récemment.

Le premier est celui d'une femme enceinte de son second enfant, qui, d'après le jour qu'elle m'avait indiqué, devait accoucher le 12 mars de cette année, lorsque, le 25 décembre, ayant été entraînée dans une voiture à deux roues par un cheval fougueux, elle en éprouva un grand saisissement, dont elle eut peine à se remettre, et qui lui occasionna, presque immédiatement, des douleurs de reins qui se continuèrent sans interruption jusqu'au 10 janvier, où il y eut perte des eaux et accouchement prématuré, au terme de sept mois moins deux jours, suivant moi, en raison de la date du 12, qui m'avait servi précédemment à fixer le jour de l'accouchement à terme.

Le second est celui d'une jeune femme, pareillement enceinte de son second enfant, qui devait accoucher le 5 février dernier, d'après la date précise du premier jour de l'apparition de ses règles dernières, lorsque, dans le mois de décembre, elle fut prise d'un fort catarrhe bronchique qui occasionna des secousses de ventre, d'où survinrent plus tard des douleurs de reins qui se continuèrent, malgré la cessation du catarrhe, jusque dans le mois de janvier, où, vers la fin du mois, elles prirent un caractère plus sérieux, en provoquant des vomissements et en décidant l'accouchement, qui s'est effectué dans la nuit du 31 janvier au

1er février, par conséquent, d'après mon calcul, cinq jours entiers avant le terme attendu.

Des 55 accouchements restants, le nombre de ceux qui sont arrivés au terme juste a été de 8 ; et de ceux qui l'ont dépassé, il a été pour un jour de 7, deux jours de 4, trois jours de 7, quatre jours de 2, cinq jours de 3, six jours de 7, sept jours de 3 : total, 33. Au delà du septième jour, ce qui est à remarquer, les accouchements en retard ne se comptent plus que par un, à l'exception des nombres forts de douze, de quinze et de dix-neuf jours, qui en comptent un plus grand nombre. Ainsi, j'en ai eu, pour un retard de huit jours 1, de neuf jours 1, de dix jours 1, de douze jours 2, de quinze jours 5, de dix-neuf jours 2, de vingt-deux jours 1, et d'un mois dix jours 1. Total, 14.

Il faut commencer par observer ici la disproportion marquée du nombre des accouchements qui se sont terminés avant le terme désigné, qui est 18, et de ceux qui l'ont dépassé, qui est 57 ; car, si à ce dernier nombre on ajoutait de plus celui des accouchements qui ont atteint le terme juste, qui est 8, on aurait à comparer les deux nombres 18 et 55, dont le rapport est de 1 à 3. Comme encore, si on ajoutait ensemble les nombre de ceux qui sont arrivés au nombre juste, qui est 8, et de ceux qui l'ont dépassé seulement de sept jours, qui est 33, on aurait pour somme le nombre 41, qui est encore plus fort que le nombre 32, qui est celui de tous les accouchements pris ensemble dont la terminaison est censée avoir été irrégulière, et dans lesquels j'ai compris ceux-là mêmes qui n'ont devancé le terme fixe que de quelques jours seulement. Enfin, il est fort à remarquer, de plus, que le petit nombre des accouchements qui ont eu lieu après sept jours de retard, semble avoir précisé d'une manière très-marquée le neuvième pour l'époque où la terminaison commence à devenir irrégulière. Il serait même facile, en effet, pour cette seconde série, comme pour celle des accouchements qui ont dépassé le terme, de retrouver dans l'histoire de ces accouchements des motifs suffisants pour en expliquer le retard avancé ; motifs, toutefois, qu'on pourrait rapporter plus généralement à une certaine influence nerveuse chez la femme enceinte, dont il ne nous est pas encore donné de nous rendre parfaitement raison.

Ceux des huitième, neuvième et dixième jour, par exemple, se rapportent à des femmes d'une constitution éminemment molle et lymphatique.

Le premier de ceux qui se sont effectués après douze jours de retard est celui d'une jeune femme primipare, et d'une assez faible constitution, qui, d'après ma manière de compter, devait

accoucher le 23 avril. Elle n'en a ressenti cependant les premières annonces que quatre jours après, dans la soirée du 27; encore ces premières douleurs, après avoir dépassé minuit, ont-elles cessé complètement pour ne reparaître que le lendemain à la même heure, et se dissiper de nouveau à la pointe du jour suivant, en se renouvelant et se suspendant ainsi régulièrement pendant huit jours consécutifs, c'est-à-dire jusqu'au 4 mai au soir, où, ayant été averti, je fis donner à la malade une potion opiacée qui eut pour effet de suspendre les fausses douleurs et de les remplacer, vers le matin, par des douleurs expulsives qui déterminèrent décidément la fin de l'accouchement, qui eut lieu dans la soirée du même jour. Ici, l'influence de la susceptibilité nerveuse de cette jeune femme sur le retard de son accouchement est évidente et m'a semblé devoir être offerte comme un des exemples qui pouvaient le mieux justifier l'admission de cette cause pour une des plus générales.

Le second est celui d'une jeune femme, pareillement enceinte de son premier enfant, et qui venait d'éprouver un profond chagrin, vers la fin du huitième mois, par la mort subite de son père.

Après celui-ci viennent les cinq accouchements qui ont eu quinze jours de retard. Antérieurement à l'époque où j'ai commencé à prendre ces notes, j'avais eu déjà plusieurs fois l'occasion de faire la même observation et de voir des accouchements dont j'avais pu déterminer exactement le terme le dépasser juste de quinze jours. A ce sujet, et comme démonstration de la réalité de la cause naturelle et normale de ce phénomène physiologique, je crois devoir rapporter le fait suivant, qui en lui-même est plein d'intérêt.

J'ai été consulté pour une jeune personne à peine nubile, et enceinte, sur laquelle on avait tenté l'avortement par des manœuvres qu'elle n'a pu m'indiquer que très-obscurément, mais que l'on avait répétées tous les mois, à l'époque présumable de ses règles, jusqu'à la cinquième, où, douze heures après environ, elles avaient occasionné la sortie des eaux de l'amnios. Quelques douleurs utérines étant survenues avec perte de sang, cette jeune femme s'en était effrayée et avait fait connaître sa position à ses parents, en leur déclarant tout ce qui s'était passé.

Les douleurs s'apaisèrent bientôt, et, à compter de ce jour, le ventre ne prit plus de développement, le sang ne reparut plus, et l'état apparent de la grossesse resta stationnaire. Cependant, à la fin du neuvième mois accompli, c'est-à-dire à l'époque du retour de la dixième menstruation, des douleurs expulsives

très-prononcées survinrent: elles se soutinrent même pendant deux jours et une nuit ; mais elles n'eurent aucun résultat. Seulement, alors, des accidents nerveux hystériques assez graves les remplacèrent ; après quoi le calme se rétablit aussi parfaitement qu'il l'était précédemment. Cet état de calme néanmoins ne persista pas ; et, le quatorzième jour à compter de celui où les premières douleurs avaient eu lieu, et à l'approche de la nuit, de nouvelles douleurs expulsives reparurent avec plus de puissance encore et plus d'énergie que la première fois, ayant, comme alors, le caractère de contractilité intermittente involontaire qui distingue ces spasmes de toutes les autres affections hystériques connues. Pendant ce travail, qui se continua plus de trente-six heures, l'utérus descendit profondément dans le bassin, le col s'entr'ouvrit assez pour pouvoir y passer le bout du doigt ; il y eut sortie de quelque peu de sang et de glaires sanguinolentes, mais il ne se fit l'expulsion ni du fœtus ni de celle d'aucune de ses dépendances. A cette fois-ci, comme à la première, quelques crises nerveuses, d'un tout autre caractère, vinrent remplacer les douleurs expulsives ; puis après le calme le plus profond survint et mit fin complètement à cet état orageux. Après le vingtième jour environ de ce dernier événement, les règles ont reparu sans aucune sorte d'accidents notables, et peu de temps après cette jeune personne s'en est retournée chez elle avec l'apparence d'une bonne santé. J'ai appris depuis qu'elle s'était mariée et qu'aujourd'hui elle est mère de famille.

Ce fait, malgré l'ignorance où je suis resté de l'expulsion ultérieure du fœtus, ne me semble pas moins devoir être présenté comme l'exemple d'une grossesse certaine suspendue par la mort prématurée du fœtus, et dans laquelle les douleurs de l'accouchement sont survenues spontanément à la fin du neuvième mois, et de plus, à cause de leur insuffisance, où elles se sont renouvelées encore spontanément le quinzième jour du dixième mois.

A côté de cette observation je mettrai la suivante, qui, sous le point de vue du retour spontané des douleurs à la fin du neuvième mois, a avec elle le plus grand rapport. Il s'agit d'une femme déjà mère de dix-sept enfants, qui, ayant cru reconnaître les signes certains d'une nouvelle grossesse, en prévint M. Ladmirault, son accoucheur, et fit ses dispositions. Effectivement, au terme où elle avait prévu que devait avoir lieu son accouchement, elle ressentit les douleurs expulsives accoutumées. Elle les éprouvait déjà très-vivement, et depuis assez longtemps, lorsque M. Ladmirault, à sa grande surprise, reconnut que la matrice était

très-élevée et que le col en était resté mince et allongé. En communiquant ses doutes à cette femme sur la réalité de sa grossesse, il la trouva incrédule ; elle ne pouvait pas s'imaginer qu'avec des douleurs aussi violentes elle ne fût pas, au contraire, sur le point de se délivrer. Cependant le calme survint peu à peu, et après quelques heures elle finit en effet par rentrer dans son état ordinaire, sauf toutefois que, par la suite, le ventre est resté élevé et que les menstrues ont continué de ne plus reparaître. M. L. a ajouté que, naguère, après une vingtaine d'années environ depuis cet événement, il avait été appelé à donner des soins à cette femme dans sa dernière maladie, et qu'il avait reconnu que le ventre avait encore conservé la même élévation. Dans cette observation, l'autopsie cadavérique n'a point été faite, il est vrai ; mais, pour moi, la suppression des règles, l'élévation progressive du ventre, et surtout les contractions utérines survenues au terme désigné par cette femme, ne me laissent aucun doute que, quel qu'ait été le produit de la conception, il n'ait existé ; opinion, au surplus, que confirmerait l'histoire des grossesses extra-utérines où l'autopsie a été faite, et dans lesquelles, comme ici, l'utérus étant vide, des douleurs utérines expulsives ne se sont pas moins manifestées à la fin du neuvième mois. Or, ce que l'utérus peut faire spontanément à l'état de vacuité, à plus forte raison le peut-il quand il contient un germe, quel que soit son âge ou son état de conservation.

C'est ce que l'exemple suivant vient confirmer, du reste, d'une manière affirmative : je le dois encore à l'obligeance de M. Ladmirault. Une dame qu'il avait assistée dans plusieurs accouchements devint enceinte de nouveau ; mais après la troisième époque de la suppression de ses règles, ayant remarqué que le ventre avait cessé de prendre du développement, en même temps que les indispositions qui dénotaient le commencement de sa grossesse s'étaient dissipées d'elles-mêmes, et que néanmoins la suppression de ses règles persistait, elle crut avoir fait erreur, et que plutôt elle était arrivée à l'époque de son retour d'âge. Cependant, à la fin du neuvième mois, et à l'époque prévue de son accouchement, en se rendant à la garde-robe, elle reconnut qu'un corps étranger allait passer à la vulve. Elle n'eut alors que le temps de se placer sur un vase, où elle reçut dans son linge un œuf complet et intact, dans lequel M. L. a trouvé, en le disséquant, deux jumeaux de l'âge environ de deux à trois mois et en assez bon état de conservation. Ici, même certitude dans la valeur des premiers signes, même exactitude dans le temps de

l'expulsion, et, ce qui est plus heureux pour la science, évidence matérielle des faits.

Quant au phénomène naturel qui se présente moins fréquemment, et que je m'attache plus particulièrement à signaler ici, savoir, l'action spontanée de l'utérus, qui survient ou qui se réveille quinze jours après le terme normal, il est à remarquer, dans les cinq exemples que contiennent mes notes, que chez deux de ces femmes le même phénomène s'était déjà présenté à leur couche précédente, et que chez l'une d'elles il y a eu de plus, au terme prévu de la fin du neuvième mois, les annonces d'un premier travail qui s'est suspendu entièrement pour ne reparaître que le quinzième jour suivant, comme il est remarquable encore que l'une de ces accouchées n'avait été réglée, avant son mariage et avant d'être enceinte, que tous les trente-cinq jours exactement.

Le premier des accouchements qui ne se sont terminés qu'après dix-neuf jours de retard est celui d'une jeune femme primipare, chez laquelle le premier jour de l'époque des règles qui ont précédé la première suppression a pu être déterminé très-exactement. Dans cet accouchement, le travail a été pénible et a nécessité l'emploi du forceps. L'enfant était très-volumineux et paraissait évidemment avoir dépassé de beaucoup les proportions ordinaires.

Le second est celui d'une dame qui a habité fort longtemps la ville de Rochefort, où elle était sujette, avec toute sa famille, à des retours fréquents de fièvre intermittente. Elle était devenue enceinte, cette fois-ci, dans le cours de l'une de ces fièvres : c'était de son dixième enfant. Elle avait des données certaines pour préciser la date du 9 juin 1844 comme ayant été le dernier jour où ses règles avaient paru. D'où, en admettant avec elle que cette perte avait dû durer cinq jours, j'étais conduit à noter le 5 mars 1845 comme devant être le jour où son accouchement devait être attendu. Néanmoins, aucune douleur, aucun signe apparent n'est venu à cette époque annoncer le commencement du travail, lorsque le 19 (quinzième jour du dixième mois), cette dame, en se levant, ressentit un très-fort frisson, suivi bientôt de nausées et de coliques utérines qui lui firent croire à sa délivrance prochaine. Néanmoins ces premiers indices n'eurent pas de durée. Mais le lendemain matin, à la même heure, le même accident se renouvela, à peu de chose près, au même degré, et les douleurs utérines se prolongèrent davantage dans la soirée; puis la répétition en devint constante les jours suivants, mais sans effets pour l'accouchement, lorsque, le 23 au soir, il y eut de plus appari-

tion de quelques glaires sanguinolentes, ce qui fit qu'on se décida à me faire prévenir. A cette heure avancée de la journée, les douleurs avaient presque totalement cessé; le col était très-élevé et porté en arrière au delà de la portée du doigt; la tête appuyait en partie sur le rebord du pubis. La nuit, pour cette fois, ne fut pas entièrement calme, et, le 24 au matin, à la même heure que les jours précédents, un frisson très-prononcé, des efforts de vomissements et des contractions utérines assez vives vinrent représenter sous mes yeux le tableau de ce qui s'était passé la veille et les jours précédents. Mais après vingt-quatre heures écoulées, ce premier travail ne parut néanmoins avoir donné aucun avancement à l'accouchement. Dans cette occasion, j'ai été à même de constater que le pouls, quoique irrégulier, avait acquis beaucoup de fréquence pendant toute la journée; qu'avec la chute du jour il était devenu plus souple et avait perdu de sa vitesse, et que dès sept heures du soir il avait enfin repris complétement son type normal. C'est alors, vers huit heures, et après une longue suspension des douleurs, et comme on se préparait à administrer une première dose de sulfate de quinine, qu'une douleur utérine d'un caractère différent de toutes les autres, aussi bien pour cette dame que pour moi, vint nous annoncer le commencement d'un travail actif et réel. En effet, à commencer de celle-ci, des douleurs expulsives se succédèrent à des intervalles de plus en plus rapprochés et avec une vigueur constamment progressive. Toutefois, malgré de pareils efforts, la tête n'a pu descendre dans le bassin que très-difficilement, et elle n'a pu même le franchir que le lendemain à huit heures, encore avec l'aide du forceps. C'est-à-dire que, d'après le calcul de l'apparition des dernières règles, cet accouchement, qui aurait été annoncé le quinzième jour du dixième mois, l'aurait dépassé encore davantage en ne s'effectuant qu'au vingtième. Il ne me restait plus, pour justifier ce calcul, qu'à vérifier si, en effet, les dimensions de cet enfant, qui m'avaient paru au premier coup d'œil, comme pour le précédent, avoir dépassé les dimensions ordinaires d'un enfant à terme, avaient bien en réalité les disproportions que je leur supposais. Je les ai donc mesurées cette fois avec beaucoup de soin et à plusieurs reprises, le troisième jour après le naissance, afin de donner le temps à la tuméfaction du cuir chevelu de se dissiper. Je me suis servi, pour les diamètres de la tête, d'un compas d'épaisseur, en ne m'attachant à mesurer que les principaux, les seuls du reste qui soient facilement saisissables sur la tête d'un enfant vivant.

En comparant donc les dimensions de cet enfant avec les plus

fortes des enfants à terme qui aient été données dans les ouvrages spéciaux, j'ai eu pour résultat : pour la longueur du corps, celle mesurée du sommet de la tête au grand trochanter; 0,335 mm.; du grand trochanter au talon, 0,215 mm. : total 0,550 mm. Or, les mêmes mesures données par M. Chailly, pour le maximum de grandeur, sont : longueur totale, 0,500 mm., dont 0,330 pour celle mesurée du sommet de la tête au trochanter, et 0,170 du trochanter au talon. De la différence des deux longueurs totales, qui est de 0,050 mm., 0,045 se rapportent donc uniquement à l'excès des membres inférieurs : cet excès ne peut être justifié autrement que par les progrès de l'âge. Effectivement, entre les autres dimensions le rapport est régulier; car pour le diamètre occipito-mentonnier, j'ai trouvé une longueur variable entre 0,140 et 0,145 mm., suivant le degré de pression; pour l'occipito-frontal, celle de 0,125 mm., et pour le bi-pariétal, celle de 0,105 mm. Or, M. Chailly, qui a donné la plus grande dimension supposable du diamètre occipito-mentonnier, le porte à 0,135 mm.; et M. Moreau, qui a surpassé dans son estimation les dimensions données par les autres accoucheurs des deux autres diamètres, porte l'occipito-frontal à 0,120 mm. et le bi-pariétal à 0,100. C'est-à-dire que, pour l'enfant qui avait passé terme, ces trois dimensions de la tête étaient régulières, dépassant seulement celle d'un fort enfant à terme de 0,005 mm. chacune. D'où il faut conclure, d'abord, que ces rapports viennent justifier l'estimation d'excès de volume jugée par le simple coup d'œil, et ensuite qu'ils concordent bien avec l'excès d'âge donné par le calcul du terme de l'accouchement, tel qu'il avait été fixé antérieurement par la date du premier jour de la dernière menstruation.

Je n'aurai qu'un mot à dire sur celui pour lequel j'ai compté vingt-deux jours de retard, ou trois semaines. C'était le second de cette même dame pour laquelle il m'avait été impossible, à sa première grossesse, d'en fixer le terme. A celle-ci, en réalité, je n'ai eu aucun motif pour ne pas adopter le jour qu'elle m'a indiqué. Toujours est-il que, dans cette observation comme dans la précédente, l'accouchement a été pénible ; qu'il a nécessité l'application du forceps, et que le volume de l'enfant m'a semblé pareillement avoir de beaucoup dépassé les proportions ordinaires.

Pour ce qui est de l'accouchement qui j'ai noté comme ayant dû avoir dépassé le terme d'un mois dix jours, je suis fondé à admettre cette appréciation d'après les faits suivants, qui m'ont été affirmés par la femme qui fait le sujet de cette obser-

vation. Epouse d'un fabricant en chambre, et déjà mère d'un premier enfant, elle habite, au côté nord, l'une des rues les plus sombres de la ville. D'une petite stature et assez faible de complexion, elle perd habituellement peu à ses époques menstruelles, et cette perte ne dure que deux ou trois jours au plus ; cependant elle dit avoir été constamment bien réglée. L'avant-dernière époque, dont elle a gardé parfaitement le souvenir, a été le 10 mai 1844; cette fois-là, elle a perdu trois jours. Dans le mois de juin, les menstrues ont reparu le 8, mais plus faiblement que dans le mois précédent, et la perte a cessé après deux jours. C'est dans le courant du même mois que cette dame dit avoir commencé à ressentir les premières incommodités de sa grossesse ; incommodités qui, vers la fin, avaient déjà pris pour elle un caractère certain : en effet, le sang ne reparut plus en juillet, et des vomissements assez fréquents vinrent complètement justifier ses prévisions. A quelques mois de là, me trouvant à donner des soins à son premier enfant, je déterminai avec elle que, puisque l'apparition des dernières règles datait du 8 juin, le terme de son accouchement devait atteindre ou suivre de près le 8 mars 1845. Cependant, ce jour-là venant à être dépassé, aussi bien que le 8 avril suivant ; de plus, le ventre prenant un développement extrême, et les jambes et les cuisses commençant à s'infilter, elle en conçut de l'inquiétude et me fit lui promettre de venir en aide à la sage-femme, s'il y avait besoin : néanmoins l'accouchement s'est terminé naturellement. Les douleurs se sont annoncées dans la nuit du 18, elles sont restées languissantes jusqu'au lendemain soir ; mais alors elles ont commencé à se succéder avec énergie, et la délivrance a pu avoir lieu le 20, à deux heures du matin, sans moyens artificiels. Dans cette occasion, indépendamment de la satisfaction d'avoir à joindre ce fait aux précédents, j'ai mis une importance toute particulière à le bien observer, parce que, nombre de fois, il m'est arrivé, avec d'autres accouchées, d'avoir à éprouver le mécompte d'une erreur d'un mois juste en retard ; erreur considérable par le nombre des jours, et remarquable par sa correspondance avec l'époque prévue. Jusqu'alors il ne m'avait pas été possible de m'en rendre suffisamment raison, puisqu'il faut bien admettre dans ces cas la nécessité de la suspension des règles deux fois de suite, de celle qui suit immédiatement la conception et de celle du mois qui l'a précédée ; condition difficile à rencontrer, et qui ne pouvait pas se rapporter d'ailleurs aux femmes qui m'avaient offert ce phénomène. Mais, cette fois-ci, en déterminant le terme de l'accouchement par la date des

époques menstruelles, et, de plus, me trouvant intéressé, par le sujet que j'essaie de traiter, à compter minutieusement le nombre de jours de retard, je me trouve avoir acquis, je le crois, des renseignements suffisants et assez positifs pour pouvoir affirmer que si les choses se sont passées dans les autres observations comme dans celle-ci, les femmes qui en ont été le sujet ont dû avoir atteint ou dépassé le dixième mois de leur grossesse. Pour confirmer par un fait sensible ce que l'admission d'un principe posé *à priori* semblait m'avoir démontré, j'ai eu le soin, dès le deuxième jour de l'accouchement, de prendre les dimensions de l'enfant, non pas celles qui concernent le volume en général, parce qu'il peut varier sans cause appréciable d'un enfant à l'autre, mais plus particulièrement celles de la longueur du tronc et des membres inférieurs, dont la différence doit varier immanquablement suivant les âges.

Effectivement, chez cet enfant, que la mère seule trouvait excessivement fort, en le comparant, par souvenir, à son premier-né, j'ai trouvé très-exactement pour la longueur, prise du sommet de la tête au grand trochanter, 0,300 mm., et pour celle du trochanter au talon, 0,215 mm.; différence, 0,085 mm. Or, cette différence comparée à celle des mêmes mesures prises sur l'enfant né dix-neuf jours après terme, et celles données par M. Chailly pour le minimum d'un enfant né à terme, on obtient la série des nombres suivants : 150, 120 et 85, dont la marche décroissante, à mesure qu'on s'éloigne du terme, vient suffisamment confirmer l'excès d'âge que le calcul, d'après les époques menstruelles, avait déjà donné.

En définitive, je crois donc pouvoir conclure de cette suite de faits, quoique en petit nombre :

1° Que le terme naturel de l'accouchement, aussi bien que celui des accouchements prématurés chez la femme, se rapporte effectivement à ses époques menstruelles;

2° Que le retour de ces époques, dans tout le cours de la grossesse, est en rapport avec le quantième du mois correspondant à celui du jour où les règles ont commencé à paraître la dernière fois, quel que soit le nombre de jours comptés dans chaque mois ;

3° Que les annonces de l'accouchement à terme et des accouchements prématurés ont lieu, chez le plus grand nombre des femmes, au quantième désigné ou dans les sept jours qui suivent ;

4° Que, néanmoins, le commencement des douleurs expulsives peut encore se reporter d'une manière normale, mais

beaucoup moins fréquemment, au quinzième jour du dixième mois;

5° Que tout accouchement à terme ou prématuré qui s'effectue avant l'époque du mois désignée peut être considéré comme étant en avance;

6° Que tout accouchement qui s'effectue après le septième jour de la même époque peut être considéré comme étant en retard;

7° Que les avances sont proportionnément en beaucoup plus petit nombre que les retards, et que, le plus ordinairement même, elles ne précèdent pas le terme désigné de plus de cinq jours;

8° Que les retards, au contraire, n'ont pas de délais limités;

9° Enfin, que, dans l'un et l'autre cas, les causes de l'avance ou du retard sont fort appréciables, bien qu'il s'en trouve cependant où il est impossible de les assigner avec certitude.

MALADIES DES FEMMES.

9. *Sur l'amputation du col utérin.*

(Annales de Thérapeutique de Rognetta, janvier 1846.)

L'amputation du col utérin, opération anciennement proposée, exécutée pour la première fois, en 1801, par M. Osiander, avait été mise en honneur, de nos jours, par Dupuytren d'abord, puis par M. Lisfranc, qui, en 1834, a lu à l'Académie des sciences un mémoire plein de faits sur cet important sujet. Nos grands opérateurs se sont bientôt empressés de s'inscrire en faveur de l'amputation du col utérin, et l'on a vu de toutes parts, en France comme à l'étranger, paraître des mémoires, des observations, des articles à l'appui de cette opération. Cette période de faveur cependant n'a pas été d'une bien longue durée, car depuis plusieurs années déjà l'ablation du col utérin n'est presque plus pratiquée à Paris. M. Lisfranc lui-même, qui en avait été le principal promoteur, a fini par y renoncer, sinon tout à fait, du moins dans la majorité des cas où il pratiquait autrefois cette opération. A quoi tient cette espèce de revirement? c'est que, d'une part, les suites de la résection du col n'ont pas été aussi heureuses qu'on l'avait espéré; de l'autre, l'affection pour laquelle on la pratiquait a rencontré, dans ces dernières années, des moyens de destruction plus sûrs dont nous devons parler. Les opérées par

le bistouri, en effet, qu'on croyait guéries, ont bientôt éprouvé des récidives irremédiables auxquelles elles ont succombé ; d'autres ont péri des suites immédiates de l'opération, par hémorrhagie, par des métro-péritonites, par des abcès pelviens, etc. On sait, d'ailleurs, que les quelques guérisons durables qu'on pouvait invoquer n'avaient pour sujets que des lésions plus graves du col. Pour notre compte, nous avons été témoins d'une opération de ce genre sur une jeune femme qui n'avait en réalité qu'un engorgement simple du col. Nous avons eu en main la pièce excisée, et nous sommes certains de ce que nous avançons en ce moment : cette malade aurait, sans aucun doute, pu guérir à l'aide de simples remèdes dynamiques.

Dans l'état actuel des connaissances, l'amputation du col utérin doit être proscrite comme insuffisante et dangereuse : insuffisante, car le cancer, pour lequel on l'a inventée, n'est *jamais* une maladie tellement circonscrite sur le museau de tanche qu'on puisse l'exciser complètement à l'aide de l'instrument tranchant. Nous disons *jamais*, et nous soutenons ce mot, quoique nous sachions que telle n'est pas la conviction de plusieurs chirurgiens considérables, par la raison que, en faisant même abstraction de l'état constitutionnel que nous ne voulons pas examiner pour le moment, la lésion locale s'étend constamment par diverses voies vasculaires profondes du col au delà des limites morbides apparentes. Ces limites elles-mêmes, d'ailleurs, ne sont pas bien manifestes dans la généralité des cas avant l'opération, puisque le spéculum et le doigt ne peuvent explorer que dans un périmètre très-restreint. Au col utérin, les choses ne peuvent se passer autrement que dans les autres régions où l'on rencontre le cancer et où le mal coexiste sourdement dans les tissus profonds, où le toucher ni le bistouri ne peuvent le découvrir. Citons un seul exemple, choisi à dessein dans un organe externe, à l'appui de ce qui précède.—Un homme est entré, il y a peu de jours, à la Charité (clinique de M. Velpeau), pour un très-petit cancer isolé sur le blanc de l'œil gauche, offrant le volume d'une demi-noisette ; l'œil conservait encore sa faculté visuelle. Trois fois on l'avait extirpé, trois fois il s'était reproduit. M. Velpeau s'est assuré que les lymphatiques de l'antre maxillaire correspondant et de la région parotidienne étaient envahis. Il est évident qu'avant de se rendre patent, ce travail morbide existe à l'état occulte. La même condition a lieu partout sans exception, et devient la source des récidives quand on n'attaque le mal qu'à l'aide de l'instrument tranchant. Ce travail profond, inaccessible au bistouri, peut, à une certaine période, être heureuse-

ment modifié à l'aide de remèdes dynamiques généraux et locaux. Par suite de ces considérations basées sur l'observation clinique, l'amputation du col utérin se présente donc aujourd'hui comme une opération insuffisante. On vient de voir, d'autre part, comment elle était en même temps dangereuse.

En attendant que l'expérience et le temps dévoilassent, d'un côté, le peu de fondement de cette opération, l'observation attentive conduisait, de l'autre, quelques praticiens dans une voie meilleure. L'usage du fer incandescent comme remède à la fois destructeur du cancer du col et modificateur de l'état maladif occulte, a donné des résultats assez satisfaisants pour se substituer avantageusement à l'opération sanglante. Les faits que nous avons vus à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Jobert), dans le traitement du cancer du col utérin à l'aide de ce moyen, nous ont impressionné si favorablement que nous ne craignons pas de dire que cette ressource est la seule acceptable dans l'état actuel de l'art. Aujourd'hui encore nous venons de revoir dans le service de M. Jobert une dame âgée d'une quarantaine d'années, que nous avions déjà observée huit mois auparavant, lors de son entrée ; elle avait sur le col utérin un cancer encéphaloïde du volume d'un gros œuf de poule, avec ulcération sanguifère, infundibuliforme, d'un aspect horrible, s'accompagnant de douleurs intenses, d'hémorrhagies effrayantes, d'un écoulement ichoreux d'une fétidité repoussante, de maigreur générale, d'insomnie, et de cette teinte cire-jaunâtre qui indique la présence d'une lésion organique profonde quelque part. Quatorze applications du fer incandescent ont été faites à l'aide d'un cautère dit biscaïen, à cause du volume et de la forme du bouton, assez analogues à ceux d'un biscaïen ordinaire. Une quantité considérable de calorique accumulé était, à chaque cautérisation, concentrée sur le mal ; une eschare profonde s'ensuivait, qu'on renouvelait de dix jours en dix jours. La tumeur a fini par être complétement détruite, et avec elle aussi le col utérin en totalité, jusqu'au point d'insertion du vagin. De petits cautères ont été portés jusque dans l'intérieur de l'utérus lui-même. Il en est résulté une cicatrice périphérique blanche, de bonne nature, et une ouverture béante, du diamètre de plus d'un centimètre, au milieu de ce tissu inodulaire. Aujourd'hui, M. Jobert nous a fait constater qu'un pinceau de charpie, du volume du pouce, entrait aisément, par cette ouverture, dans la cavité du corps utérin. Dès les premières cautérisations, les hémorrhagies ont été arrêtées, l'écoulement ichoreux a petit à petit changé de nature, est devenu franchement crêmeux, purulent, puis il a fini par s'épuiser complétement. Les douleurs,

l'insomnie ont disparu ; l'appétit, les forces, l'embonpoint sont revenus, et la malade est tout à fait bien portante aujourd'hui. Sans doute que le mal peut reparaître, mais n'est-ce pas déjà une chose précieuse que de pouvoir reculer ainsi l'époque d'une terminaison fâcheuse ?

En ce moment même nous avons sous les yeux une autre femme, âgée de 45 ans, grande, brune, forte, entrée depuis huit jours dans les salles de M. Jobert ; elle offrait des hémorrhagies incessantes qui l'épuisaient, des douleurs dans le ventre et de l'insomnie par suite de ces douleurs. A l'examen au spéculum, le museau de tanche s'offre comme un gros groin sanglant, granuleux et dur, présentant assez exactement les apparences d'un quartier d'un fruit-grenade à gros grains. On ne pouvait distinguer le méat du col au milieu de cette masse. Deux cautères-biscaïens, chauffés à blanc, ont été éteints sur ces végétations à la première séance. La femme n'a pas donné le moindre signe de douleur par cette application. Les hémorrhagies ont complétement cessé dès ce moment, et la femme a pu dormir et prendre des forces. Aujourd'hui l'eschare est tombée, la masse cancéreuse est moins volumineuse, moins végétante ; on peut distinguer l'ouverture du col qui laisse passer du pus crêmeux de bonne nature, ce qui autorise à penser que l'intérieur du col est sain et que le mal est borné sur le museau de tanche ; circonstance heureuse, car on pourra viser à détruire le col comme chez la femme précédente, et espérer une guérison de quelque durée.

Comme moyen hémostatique, le remède dont il s'agit est déjà d'une grande importance, et l'on peut même dire qu'il est le seul efficace dans ces cas. Aussi aimons-nous à le rappeler souvent dans ces comptes-rendus ; mais il offre en outre l'avantage de détruire petit à petit et sans le moindre danger le mal local. Que voulait-on obtenir de l'amputation du col ? l'ablation du mal jusqu'à la partie saine. Or, cette indication est mieux remplie par le fer rouge, puisqu'on peut avec son aide porter la destruction sur tout le col, et cela petit à petit, sans hémorrhagie, sans tiraillements, sans dangers réactionnels. Ce moyen peut être continué jusqu'à ce que le but soit atteint ; tandis que le bistouri ne vous offre pas un pareil avantage. La méthode cautérisante, par cela même qu'elle est lente, temporisante, prolongée, permet d'employer en même temps des remèdes internes propres à fortifier l'organisme. Une circonstance importante pour que le fer incandescent soit efficace en cas de cancer du col, c'est que le bouton du cautère soit sphérique, plein, volumineux comme une balle de fusil ou un petit biscaïen, et chauffé à blanc. Il serait

peut-être même avantageux de faire faire ce bouton en platine, qui, comme on sait, se charge plus que le fer de calorique. Il est toujours de rigueur, dans ces cas, de se servir du spéculum en ivoire, tubulaire, pour garantir la muqueuse vaginale pendant l'application du feu.

MALADIES DES ENFANTS.

10. *Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants ;* par le docteur Rilliet (de Genève).

(Gazette médicale de Paris, N° 1, 1846.)

De la méningite tuberculeuse (hydrocéphale aiguë des auteurs).

M. Brachet, dans ses excellentes recherches sur l'hydrocéphale aiguë, s'exprime en ces termes : « Tous les pays ne paraissent pas également avancés dans l'étude de l'hydrocéphale aiguë. L'Angleterre doit occuper la première place ; elle a été, pour ainsi dire, le berceau de la maladie, et elle semble devoir en compléter un jour l'histoire. Genève doit venir en seconde ligne ; après l'Angleterre, elle a fourni les meilleurs mémoires et les observations les plus précieuses. »

C'est probablement à la fréquence de l'hydrocéphale aiguë dans notre pays que plusieurs des plus habiles médecins de Genève, parmi lesquels je citerai Odier Vieusseux et Coïndet, ont dû de jeter quelque jour sur l'étude de la plus grave de toutes les affections de l'enfance.

Odier, dans son mémoire publié en 1779, affirme qu'il meurt chaque année, à Genève, douze à treize enfants de l'hydrocéphale aiguë.

Coïndet, en compulsant les registres mortuaires de 1806 à 1815, a conclu que ce nombre variait, en général, de 20 à 26 par année. Enfin, d'après le docteur Marc d'Espine, dont on ne saurait trop louer les ingénieuses recherches statistiques, le nombre des sujets de 0 à 20 ans qui succombent à l'hydrocéphale aiguë serait loin d'être le même toutes les années. Depuis six ans, ce nombre aurait varié entre 31 et 57. Ces chiffres nous paraissent cependant un peu trop élevés, vu que plusieurs cas, classés dans l'annuaire de la mortalité genevoise sous la dénomination d'hydrocéphale aiguë, appartiennent à d'autres affections de la première enfance. Quoi qu'il en soit de l'exactitude de ces chiffres, de l'aveu de tous les praticiens de Genève, l'hydrocé-

phalie aiguë, ou la méningite tuberculeuse, pour l'appeler par son véritable nom, est une maladie fréquente.

Nous avons eu nous-même occasion d'en observer plusieurs exemples, la plupart dignes d'intérêt. Nous consignerons, dans les pages suivantes, quelques-unes des remarques que la méditation de ces faits nous a suggérées, en commençant par l'étude des symptômes qui précèdent le début de la méningite, et auxquels les auteurs ont donné le nom de *prodromes*.

Des prodromes de la méningite tuberculeuse.

A peine l'hydrocéphalie aiguë avait-elle pris rang dans le cadre nosologique, que deux opinions contradictoires relativement au mode de début de cette maladie se trouvèrent en présence. Robert Whytt, auquel revient l'honneur de la première description complète de cette affection, soutint qu'elle se développait avec lenteur et que les premiers symptômes apparaissaient cinq ou six semaines au moins avant la mort. Fothergill prétendit, au contraire, que l'hydrocéphalie attaquait des enfants bien portants et les enlevait en quatorze jours. Les médecins qui ont succédé à Whytt et à Fothergill ont aussi différé d'opinions sur ce point de doctrine, et il était difficile qu'il en fût autrement, car les deux praticiens anglais étaient l'un et l'autre dans la vérité, la question dont il s'agit n'étant qu'une question de fréquence. Mais il est juste de dire que la manière de voir de Robert Whytt a en sa faveur l'appui du plus gros chiffre, le début lent et insidieux étant bien plus fréquent que le début brusque, comme nous allons tâcher de le démontrer dans les pages suivantes.

La méningite tuberculeuse régulière, celle dont la marche et les symptômes correspondent au tableau que les auteurs ont donné de l'hydrocéphalie aiguë, peut se développer dans des circonstances très-différentes. Nous les résumerons sous trois chefs distincts :

1° Elle se manifeste chez des enfants atteints depuis plusieurs mois ou plusieurs années d'une tuberculisation chronique confirmée, cérébrale, thoracique ou abdominale primitive, ou secondaire à une maladie aiguë. Ce fait est loin d'être fréquent; car lorsque la méningite survient dans ces circonstances, elle est le plus souvent latente, ou tout au moins ne se dénote que par des symptômes obscurs et irréguliers. C'est cette forme que nous avons décrite sous le nom de *tuberculisation méningée latente*. Nous n'avons pas à nous en occuper ici.

2° La méningite peut débuter d'emblée, sans être précédée de prodromes. Ce cas est certainement assez rare; du moins il nous

a paru être beaucoup moins fréquent à Genève qu'à Paris, ce qui tient peut-être à la différence des conditions d'observation dans lesquelles nous avons été placé.

3° Enfin, le cas le plus fréquent est celui où les symptômes qui annoncent le début de la méningite sont précédés d'une période de prodromes pendant laquelle les enfants sont malades sans le paraître, ou, tout au moins, n'offrent pas des signes de maladie assez tranchés pour que leurs parents croient toujours devoir réclamer les secours de l'art (1). C'est sur cette période que nous voulons spécialement attirer l'attention de nos lecteurs. Nous verrons plus tard qu'elle a été mentionnée par quelques-uns des auteurs qui ont écrit sur l'hydrocéphalie aiguë ou la méningite tuberculeuse, mais qu'aucun d'eux ne paraît avoir rapporté les symptômes à leur véritable cause.

Description des prodromes réguliers. — Pendant une période qui précède d'ordinaire de quinze jours à trois mois, presque jamais moins, rarement plus, l'apparition des symptômes aigus de la méningite tuberculeuse, les enfants, même les plus remarquables par leur embonpoint et leur bonne mine, commencent à maigrir et à perdre leurs couleurs. Cet amaigrissement n'est pas d'abord très-marqué, ou du moins on lui accorde peu d'attention, parce qu'il respecte le visage ; mais les mères ou les bonnes attentives ne tardent pas à s'apercevoir, en habillant leurs enfants ou en faisant leur toilette, de la diminution du volume des membres, de la saillie des côtes, des apophyses épineuses et des omoplates. En même temps les chairs ont perdu de leur fermeté, la peau est un peu molle et sans ressort. Plus tard, le visage lui-même pâlit, les traits sont étirés, les yeux cernés, et le regard perd son éclat. Dans des cas rares, il est un peu fixe et exprime l'étonnement. A cette époque encore, quelquefois même jusqu'à la fin de cette période, les enfants conservent leur entrain et leur vivacité ordinaires ; ils se livrent, comme par le passé, aux jeux de leur âge, et la veille du début des symptômes aigus, leur caractère n'a subi aucune altération. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il est bien plus fréquent de voir les enfants tristes, apathiques, aimant à sommeiller dans le jour, recherchant la solitude, refusant de se joindre à leurs camarades, ayant de la

(1) Chez dix-neuf malades, dix-sept fois nous avons pu nous assurer de la présence ou de l'absence des prodromes. Douze fois les prodromes réguliers ont existé du début de la maladie à sa terminaison ; cinq fois ils ont manqué, mais deux de ces derniers malades avaient eu, plusieurs mois ou plusieurs années avant le début, les prodromes que nous avons appelés irréguliers ; en sorte que, chez trois malades seulement le début a été franc. L'autopsie de deux de ces derniers a été pratiquée.

peine à changer de place, et ne voulant pas le faire seuls. D'autres deviennent plus doux, plus caressants; mais cette douceur a une teinte de tristesse toute particulière. Leurs occupations intellectuelles, lorsqu'ils sont en âge de s'y livrer, les fatiguent, et de fréquentes distractions leur attirent souvent des réprimandes de la part de leurs maîtres. Les nuits sont quelquefois paisibles, mais d'autres fois l'enfant a un peu d'agitation, d'inquiétude; il se retourne dans son lit, change à chaque instant de position; il pousse de profonds soupirs et grince des dents. Quelques enfants, les plus jeunes surtout, sont devenus très-irascibles; ils crient, se plaignent et s'agitent pour la moindre cause. Quoi qu'on en ait dit, la céphalalgie n'est pas fréquente pendant cette période, et l'on serait exposé à de cruelles méprises si l'on attendait l'apparition de ce symptôme pour avoir l'esprit en éveil sur les prodromes d'une méningite. L'appétit diminue, ou devient capricieux et irrégulier; la soif n'est pas augmentée; les jeunes malades se plaignent quelquefois de douleurs de ventre; ils ont des alternatives de diarrhée ou de constipation, mais ils ne vomissent pas; leur haleine est un peu forte. Quelques-uns, mais en petit nombre, ont un peu d'anhélation; mais à peine en trouverait-on deux ou trois qui aient de la toux, et l'auscultation, avec quelque soin qu'on la pratique, ne fait percevoir qu'une respiration puérile égale, sans expiration ni retentissement de la voix; il n'existe aucune différence de son à la percussion.

Comme la fièvre est en général absente, les symptômes que nous venons de décrire ne sont pas incompatibles avec la conservation des forces; aussi la plupart des enfants sortent encore pour faire leurs exercices et leurs promenades accoutumés; conduits par leurs parents, ils se rendent à pied chez leur médecin. Le peu de changement que leur état imprime à leur vie habituelle fait que, dans bien des cas, les personnes qui les voient tous les jours, et l'homme de l'art qui les voit pour la première fois, attachent peu d'importance à cette série de symptômes. Ce sont, dit-on, les vers, la dentition, la croissance, des habitudes vicieuses ou une mauvaise hygiène qui ont produit ces dérangements de santé, et quelques vermifuges, l'éruption dentaire, l'âge, une bonne alimentation y apporteront remède! Cependant les jours se passent, et les symptômes persistent; l'amaigrissement, loin de diminuer, augmente; la face pâlit de plus en plus; la tristesse s'accroît, l'appétit se perd, les nuits sont plus agitées; puis apparaissent quelques-uns des symptômes qui annoncent d'une manière positive l'invasion des accidents cérébraux aigus.

Le tableau que nous venons de mettre sous les yeux de nos

lecteurs reproduit l'image des prodromes complets ; nous espérons qu'il est fidèle, car il a été copié d'après nature : mais ses teintes ne sont pas toujours aussi vives, et leur affaiblissement progressif conduit, par des nuances graduelles, à ces cas rares où les accidents méningés apparaissent d'emblée.

Si les symptômes que nous avons énumérés ne se rencontrent pas toujours réunis dans les faits particuliers, il en est un qui est constant : c'est l'amaigrissement, l'amaigrissement progressif survenant sans fièvre, sans cause appréciable. Un autre symptôme presque aussi fréquent que l'amaigrissement est la perte et surtout l'irrégularité de l'appétit ; puis viennent les irrégularités de la digestion, les alternatives de diarrhée et de constipation, et les douleurs de ventre ; la tristesse, l'apathie, les changements dans le caractère, l'amour de la solitude ; la céphalalgie est, nous le répétons, dans les prodromes réguliers de la méningite, un phénomène qui est loin d'être très-fréquent.

Si nous nous en rapportions à quelques faits que nous avons recueillis autrefois, les symptômes aigus de la méningite pourraient être précédés, dans certains cas, d'une fièvre intermittente tierce ou quotidienne, un peu irrégulière soit dans sa périodicité, soit dans ses trois stades, le frisson étant peu marqué et la sueur ne succédant pas toujours à la chaleur. Ces faits, rapprochés de la forme intermittente que revêt quelquefois la méningite elle-même (forme sur laquelle nous reviendrons plus tard), méritent d'attirer l'attention du praticien ; ils appellent de nouvelles recherches.

Les prodromes dont nous venons de donner la description suivent une marche régulière et progressive, et sont terminés par des signes qui annoncent le début de l'hydrocéphale aiguë. Mais il peut arriver aussi que les prodromes soient très-irréguliers, se montrent à des intervalles inégaux et éloignés du début de la méningite. Dans les cas de cette espèce, la filiation est bien plus obscure, et les rapports de ces phénomènes avec l'affection cérébrale sont bien plus difficiles à saisir. Ces symptômes précurseurs sont eux-mêmes très-irréguliers et ne peuvent être embrassés dans aucune description générale. Quelques exemples copiés dans nos observations nous feront mieux comprendre.

Un enfant, cinq mois avant le début, est atteint de vomissements qui durent pendant deux mois sans interruption ; puis ces phénomènes cessent, la santé se rétablit. Ce n'est que trois mois plus tard qu'apparaissent les véritables prodromes. D'autres enfants ont, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant le début, de violents maux de tête, accompagnés de vomissements abondants

et de constipation. Cet embarras, qualifié d'embarras gastrique, cède avec facilité, et au bout de trois à quatre jours, les jeunes malades sont rétablis, et ce n'est que six mois ou un an au plus tard que la méningite se déclare.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares, on peut, en remontant quelques années en arrière, trouver, dans la santé antérieure, les traces d'une tuberculisation aiguë ou d'une affection méningée arrêtée dans sa marche, et dont les symptômes sont là pour témoigner de l'analogie qui existe entre la maladie passée et la maladie présente. Nous en avons observé deux remarquables exemples : l'un chez une jeune fille de onze ans, qui, à l'âge de six ans, avait été traitée, par un de nos plus habiles confrères, pour une méningite tuberculeuse ; la maladie avait disparu à la suite d'une abondante salivation mercurielle : la seconde attaque a été mortelle ; l'autre chez une jeune fille du même âge, que nous avions soignée d'une tuberculisation aiguë qui, contre toute espérance, s'était terminée par le retour à la santé. Deux ans plus tard, elle a été prise des prodromes d'une méningite tuberculeuse à laquelle elle a succombé. Nous avons pu constater deux éruptions tuberculeuses pulmonaires qui correspondaient l'une à la tuberculisation arrêtée dans sa marche, l'autre aux prodromes de six semaines qui avaient précédé les accidents aigus de la méningite.

Avant d'aller plus loin, et dans le but de compléter et de contrôler les résultats de notre expérience personnelle, nous reproduirons la description que les auteurs donnent des symptômes précurseurs de la méningite. Nous choisirons, parmi le grand nombre des ouvrages sur l'hydrocéphalie, ceux des trois médecins qui ont écrit sous l'impression des trois principales doctrines qui ont dominé dans la science à des époques différentes : 1768, 1815, 1835. Ces médecins sont : Robert Whytt, qui attribuait la maladie à l'épanchement séreux ; Goëlis, qui admettait sa nature inflammatoire, et M. Green, qui, avec MM. Rufz, Gerhard, Piet, etc., la regarde comme une affection tuberculeuse. Quoique le point de départ de ces auteurs soit loin d'être le même, on verra que leurs descriptions offrent assez d'analogie, et qu'en définitive c'est à l'affection du cerveau qu'ils rapportent les symptômes que nous avons décrits plus haut. Seulement Robert Whytt pense que les symptômes fugaces du début sont le résultat d'un épanchement encore peu abondant ; Goëlis les attribue à une congestion sanguine, et M. Green à une inflammation chronique des méninges.

Nous aborderons plus tard ce sujet, en recherchant quelle est

la véritable cause anatomique des prodromes. Commençons par la description de Robert Whytt :

« Les enfants atteints de l'hydropisie des ventricules du cer-
« veau, dit ce médecin, commencent à présenter plusieurs des
« symptômes que nous allons décrire, quatre, cinq, six semaines,
« et même davantage, avant leur mort. Ils perdent d'abord leur
« appétit et leur vivacité ; ils deviennent maigres, pâles ; ils ont
« toujours le pouls fréquent et un peu de fièvre. » Bien que cette description soit très-succincte, on voit cependant que R. Whytt n'avait pas méconnu les phénomènes principaux qui précèdent l'apparition des symptômes pathognomoniques de la méningite, et qu'il avait bien indiqué leur nature et la lenteur de leur marche. Les auteurs qui lui ont succédé ont ajouté, pour la plupart, quelques traits à ce tableau. Goëlis (1) a résumé tous ces travaux en y ajoutant les fruits de son expérience personnelle. Sa description est assez remarquable pour que nous croyions devoir en donner ici la traduction à peu près complète. Cet habile médecin admet quatre périodes dans la méningite. La première, à laquelle il donne le nom de période de turgescence (turgescens), correspond à celle des prodromes.

« Les enfants, dit-il, commencent à devenir indifférents aux objets qui auparavant leur plaisaient le plus, ou qui servaient aux amusements de leur âge. Cette indifférence s'étend aussi aux personnes pour lesquelles ils avaient toujours montré de l'affection. Leur gaieté, leur vivacité, leur bonne humeur, disparaissent ; ils deviennent taciturnes, susceptibles, boudeurs ; ils craignent la lumière, et fuient la société. Les vives couleurs de leur visage se flétrissent, le feu de leurs yeux s'éteint, leurs muscles s'amollissent, la rondeur de leurs corps s'efface, et leur charmante bonne grâce se change en mélancolie. Ils vont rarement à la garde-robe, urinent moins abondamment qu'en santé, mangent et boivent avec moins de plaisir ; ils se réveillent de leur sommeil, pendant lequel ils grognent et s'agitent, plus abattus qu'auparavant. Les plus âgés se plaignent d'étourdissements et de vertiges en se levant, ou même en s'asseyant sur leur lit. Les mêmes symptômes se manifestent chez les plus jeunes par une certaine oscillation de la tête et par un silence qui interrompt soudainement les cris qu'ils étaient en train de pousser. Les plus âgés accusent, comme Odier, Schmulg et Whytt l'ont remarqué, des douleurs rhumatismales dans les membres, surtout dans la nuque, dans les mollets et les jarrets ; on peut reconnaître les mêmes

(1) *Praktische abhandlungen ueber die vorzuglicheren krankheiteen des kindlichen alters.* Ersten Band. Wien, 1820.

douleurs chez les plus jeunes, lorsqu'ils portent les mains derrière leur tête, et aussi par les pleurs que leur arrache la souffrance. Le pouls, qui s'éloigne peu ou point de la rapidité ordinaire, donne, lorsqu'on y porte une grande attention, de temps en temps quelques pulsations plus faibles que les autres. D'ordinaire, c'est la septième, la neuvième, la seizième, la dix-septième ou trente et unième pulsation que le doigt perçoit plus faiblement, ou même ne sent pas du tout. La peau des malades est sèche et sans transpiration ; on sent chez les enfants plus âgés, sur les bras, les avant-bras, les cuisses et les mollets, au travers de leur peau flasque, les bulbes des poils (chair de poule), mais on n'aperçoit pas encore cette éruption que Formey regarde comme pathognomonique, et qui est bien évidente dans les périodes suivantes. »

« Les enfants sortent de cet état, qui ressemble à une grave méditation, en poussant un profond soupir, et ils commencent à remarquer les objets qui les entourent et auxquels alors ils ne prenaient pas garde. A chaque instant leur teint change : ils se plaignent tantôt d'une émotion , tantôt d'un effroi passager. Quand on leur demande s'il leur manque quelque chose, ils répondent non avec indifférence. Leur démarche est, comme l'ont remarqué Wilhmann, Falkner, Forel, Schmalz, Formey et un grand nombre d'autres médecins, et comme j'ai pu le constater cent et cent fois moi-même, leur démarche est difficile, mal équilibrée et sans fermeté. Les malades lèvent souvent le pied aussi haut que s'ils voulaient monter un escalier ; ils chancellent en marchant, et trébuchent comme s'ils étaient ivres. »

Goëlis reconnaît que ces symptômes sont ceux qui précèdent l'inflammation chez des sujets bien portants; mais cependant ils peuvent aussi précéder plusieurs autres maladies. Il reconnaît que, chez les enfants faibles et chez ceux atteints de maladies chroniques, le diagnostic est bien plus difficile ; il a lui-même commis souvent des erreurs. Enfin, chez les très-jeunes enfants, le diagnostic est encore plus épineux ; car les plus légères indispositions déterminent chez eux la série des symptômes que nous avons énumérés plus haut. Voici les symptômes qu'il signale chez les très-jeunes sujets, d'un, deux et trois mois :

« De la somnolence, des cris extraordinaires et incessants (sans symptômes d'aucune autre maladie), accompagnés de flexions dans la tête et de courbure du tronc ; de l'essoufflement jusqu'à en perdre la respiration pendant ces cris ; du torticolis après ces accès ; des sursauts au moindre attouchement ; de la susceptibilité surexcitée des yeux à la lumière ; de l'impressionnabilité de l'ouïe exagérée au plus haut degré, en sorte que le

plus léger bruit les réveille de leur meilleur sommeil. La diminution de l'appétit, le manque de soif, les pleurs qui indiquent la douleur lorsqu'on les soumet à un léger mouvement, et un silence subit lorsque ce mouvement est brusque et rapide, sont des symptômes assez fréquents, ainsi que la préhension de la nuque avec la main. Le décubitus latéral avec la tête ramenée en arrière, position que l'on n'avait pas observée avant le début ; des urines moins abondantes et plus colorées que d'ordinaire ; des selles rares, qui prennent une teinte vert foncé peu après avoir été rendues ; la suspension des vents et des flatuosités, qui auparavant sortaient avec bruit ; l'augmentation de la chaleur de la tête, surtout du front et de la nuque, et plusieurs autres symptômes déjà signalés dans la première période, ainsi que d'autres qui appartiennent à la période suivante. »

Ce tableau est certainement tracé de main de maître. Nous ne lui ferons qu'un reproche : c'est d'être trop complet. Goëlis, en réunissant aux vastes résultats de son expérience personnelle ceux des auteurs qui l'ont précédé, a fait du tout une combinaison dont bien des points approchent de la vérité, mais dont d'autres s'en éloignent. Obéissant à ses préoccupations systématiques, qui lui faisaient voir dans l'hydrocéphalie aiguë une maladie locale inflammatoire, et dans la période de turgescence une congestion, il a accumulé et exagéré, dans sa description, tous les symptômes qui indiquent le trouble des fonctions cérébrales ; mais nous lui reprocherons d'avoir laissé un peu dans l'ombre, sans cependant les avoir complétement négligés, les phénomènes pathologiques qui révèlent la souffrance générale de l'économie, et en particulier l'amaigrissement, qui, de tous, est le plus important et le plus caractéristique dans cette première période. Les auteurs qui ont suivi Goëlis ont, les uns admis, les autres rejeté les prodromes ; mais il est fort remarquable que les médecins auxquels la science est redevable de la découverte de la nature tuberculeuse de la méningite, MM. Rufz et Gerhard, les aient entièrement passés sous silence. M. Green est le seul qui s'en soit de nouveau occupé. Voici sa description ; le lecteur pourra la comparer à celle de Goëlis, et voir jusqu'à quel point elle s'éloigne ou se rapproche de celle du médecin de Vienne :

« Les symptômes qui annoncent l'existence de la méningite chronique, dit M. Green, sont très-variables et incertains : ce sont ceux qui ont été décrits par les auteurs sous le nom de prodromes. Dans quelques cas, l'enfant se plaint de malaise général, de douleurs dans les membres ; le mouvement lui répugne ; il devient triste, évite la société de ses camarades. Le jeu ne lui

plaît plus. Les symptômes peuvent être accompagnés d'accès irréguliers de céphalalgie, et alors la maladie n'est pas difficile à reconnaître ; mais dans d'autres cas le diagnostic est rendu obscur par l'existence des douleurs de ventre, par des alternatives de diarrhée et de constipation, et de l'amaigrissement. Les enfants atteints de méningite chronique sont souvent pris d'attaques d'épilepsie ; ils ont eu, pendant leur première enfance, des écoulements purulents par les oreilles. Ils souffrent souvent des douleurs dans les membres ; leur sommeil est agité ; ils se réveillent en poussant des cris aigus. M. Green a observé le dernier symptôme plus de deux mois avant la période aiguë. Il était accompagné de fréquents maux de tête, de fièvre irrégulière et d'un amaigrissement progressif. Dans un autre cas, le petit malade fut atteint pendant trois mois de fièvre irrégulière et d'accès de céphalalgie ; puis il perdit la gaieté et se plaignit de douleurs de ventre. »

Nous ferons à la description de M. Green le même reproche qu'à celle de Goëlis. On y trouve trop, sur le premier plan, tous les symptômes qui annoncent l'invasion d'une affection cérébrale, et, sur le second, ceux bien plus fréquents et tout aussi importants qui indiquent un trouble général de l'économie.

Les prodromes complets et réguliers, tels que nous les avons décrits plus haut, ont, d'après nos observations, une durée de quinze jours à trois mois ; plus leur durée est longue, plus aussi ils sont complets. Goëlis dit que la période de turgescence dure de huit à quinze jours au plus. D'après M. Green, les symptômes de la méningite chronique se montreraient deux, trois, quatre mois, et même plus, avant les symptômes aigus. Il existe un rapport très-curieux entre la durée des prodromes et celle de la méningite confirmée. Ainsi, plus les prodromes réguliers ont été complets et longs, plus la méningite est courte. A des prodromes de six semaines, deux et trois mois, correspond une maladie aiguë de vingt, dix-huit, quinze jours ; à des prodromes de quinze jours à trois semaines, une maladie de vingt jours et plus ; enfin, lorsque les prodromes manquent complétement, la maladie a en général une durée encore plus longue ; elle peut dépasser un mois. Il résulte de ceci cette conséquence : c'est que, étant données la nature et la durée des prodromes, et l'époque à laquelle le médecin est appelé, celui-ci peut prédire, avec une précision presque mathématique, quelle sera la durée de la maladie, pourvu toutefois qu'il connaisse le mode de début des symptômes aigus de la méningite. Il nous est arrivé plusieurs fois d'indiquer ainsi, à un ou deux jours près, l'époque de la terminaison fatale, bien que

nous eussions été appelé à une période où les symptômes étaient loin de faire pressentir une issue funeste, même pour un temps éloigné. Mais nous reviendrons plus tard sur ce sujet, en parlant de la durée totale de la maladie.

(La suite à un prochain numéro.)

VI. CHIRURGIE.

11. *De l'application de la méthode anaplastique au traitement du cancer.* — Mémoire présenté à l'Académie des sciences par M. le professeur SÉDILLOT.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 9, 1845.)

J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie des sciences l'observation d'un cancer du genou, vainement combattu, à sept reprises différentes, par l'instrument tranchant et divers modes de cautérisation, et dont j'ai obtenu la guérison en me servant d'un large lambeau anaplastique que j'ai emprunté aux téguments de la jambe et que j'ai mis en rapport avec la plaie résultant d'une dernière ablation du cancer.

Cette observation est peut-être sans analogue dans la science, par la certitude du diagnostic, le nombre des récidives, les circonstances particulières de l'opération et le mode de la guérison.

L'ingénieuse idée de M. Roux de Saint-Maximin, d'appliquer l'anaplastie à la cure des cancers, a déjà donné les résultats les plus favorables. M. Jobert de Lamballe a traité dernièrement de cette manière une tumeur cancéreuse du sein. M. Dieffenbach, dans son nouveau *Traité de Médecine opératoire*, accorde également ses éloges à cette précieuse méthode qui nous paraît constituer une heureuse conquête de l'art.

Dans le cas qui nous occupe, l'amputation de la cuisse paraissait la seule indication. La malade, venue de Bâle à Colmar et de cette ville à Strasbourg, était complètement résignée à supporter cette opération. Il n'y avait plus en effet à compter sur les procédés ordinaires d'extirpation déjà employés avec une grande énergie, car l'ulcère avait été cerné et enlevé fort au delà de ses limites, et cependant la récidive avait eu lieu. La pâte de Vienne, le chlorure de zinc, l'acide sulfurique anhydre incorporé au safran (caustique de Rust), recommandé par M. Velpeau, le fer rouge, avaient échoué et n'étaient plus proposables.

La malade avait conservé ses forces et une assez grande liberté dans les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale. Il était

réellement cruel d'amputer la cuisse et d'affronter les chances toujours si dangereuses d'une pareille mutilation pour une lésion dont l'existence ne semblait nullement incompatible avec la vie.

L'anaplastie conjurait tous ces dangers. La vaste perte de substance résultant du cancer pouvait être comblée par des téguments complètement sains, dont la présence était susceptible de modifier la vitalité morbide des tissus en contact.

J'ai eu l'honneur, dans un précédent mémoire adressé à l'Académie, d'exposer quelques vues sur la texture intime du cancer. Des cellules présentant des caractères très-appréciables, constants, et jouissant d'une vitalité propre, en sont l'élément. Ce sont de véritables productions parasites dont on peut suivre les différentes phases. On les aperçoit facilement avec leurs formes sphériques régulières, leur transparence, les noyaux centraux qui y apparaissent et qui rompent la cellule mère par leur évolution progressive. Nous avons donné des dessins représentant ces divers états; le ramollissement et l'ulcère, phases successives du squirrhe, sont dus aux amas pulvérulents de ces cellules qui meurent et jouent alors le rôle de corps étrangers. Leur tendance organisatrice se révèle çà et là par un commencement de transformation en fibres, et explique les cicatrices partielles et incomplètes que l'on voit assez souvent se produire.

Mais cette tendance n'apparaît pas ou avorte dans la plus grande masse des cellules, et le cancer continue ses envahissements. A l'époque de la vie embryologique, nos tissus se constituent par des cellules primordiales portant en elles-mêmes les raisons de leur développement et de leurs transformations, et donnant naissance aux différentes trames organiques. Ce mouvement créateur s'achève sous l'empire des lois générales qui président à la forme et à la structure des êtres, et si une nouvelle vitalité vient s'ajouter à la vitalité première, elle est un état irrégulier, morbide et sans but final. On comprend dès lors ces avortements incessants de toute forme et de toute organisation, et la destruction de *substratum.*

Si les cellules cancéreuses existent sur un seul point de l'économie, et qu'elles soient enlevées par le bistouri ou décomposées par un caustique ou la gangrène, elles peuvent ne plus se régénérer. On possède des exemples de ce genre, et ils font espérer la découverte d'un agent prophylactique susceptible de saisir ces productions morbides à leur origine et d'en éteindre la source. Mais quand la cellule cancéreuse s'est répandue par continuité ou par les voies de l'absorption et de la circulation (quelques faits paraissent l'établir), le mal, devenu général, fait explosion sur

certains organes plus particulièrement prédisposés et révélés par la pathologie, et toute opération devient inefficace et dangereuse.

Cette théorie embrasse d'une manière complète les mille phénomènes du cancer et nous rend compte de l'heureuse influence de l'application de la méthode anaplastique au traitement de cette affection.

Les cancers se manifestent presque constamment à la suite de violences ou d'irritations locales, et s'il n'est pas possible de rapporter à ces causes extérieures l'origine même du mal, on ne saurait leur refuser d'en être la raison occasionnelle. La prédisposition existait sans doute; mais elle eût pu ne jamais se manifester, si elle n'eût pas été rendue active et créatrice, et il est de toute évidence qu'une foule de prédispositions morbides restent fréquemment ignorées et latentes pendant la vie entière, sans incompatibilité avec l'expression apparente de la santé.

L'état normal et l'état morbide représentent des forces opposées dont les degrés d'inégalité sont des plus variables. Il suffit souvent, dans la pratique, d'augmenter les forces régulières de la vie par une sage combinaison des agents de l'hygiène et de la thérapeutique pour faire disparaître des diathèses et des lésions partielles d'une incontestable gravité.

Les prédispositions pathologiques sont sujettes aux mêmes lois. Les annihiler et les éteindre est notre but, et nous trouvons les moyens de le remplir dans la tendance de tous les corps organisés à graviter vers une perfection primordiale ou typique.

On peut donc être assuré qu'il suffirait, dans une foule de cas, d'éviter toute action modificatrice morbide, pour prévenir l'apparition d'un cancer.

Si l'art est intervenu trop tard ou inutilement, et que le cancer soit déclaré, deux indications prédominantes se présentent : 1° détruire le mal là où il a fait explosion; 2° empêcher qu'il n'envahisse d'autres points de l'économie et ne récidive.

Nos connaissances relatives à la nature des affections cancéreuses semblent démontrer qu'une fois les cellules constitutives formées, nous n'avons d'autre moyen d'arrêter leurs générations successives et leurs envahissements incessants que de les enlever avec les parties subjacentes au moyen du bistouri, ou de les détruire avec les caustiques. Plus l'opération sera rapprochée du moment de l'invasion, plus elle offrira de chances de succès.

Les traitements médicaux si pompeusement vantés à diverses époques, et de nouveau préconisés de nos jours, ne paraissent pas avoir jamais guéri de véritables cancers. D'une utilité évidente

pour combattre la prédisposition et la cause occasionnelle, pour ralentir les progrès du mal et en calmer les douleurs dans les cas désespérés, ils sont nuisibles quand le cancer est déclaré, en raison de la fausse sécurité, des trompeuses espérances et des pertes de temps irremédiables qu'ils entraînent. Une opération est la seule ressource à cette période, et l'état morbide règlera le choix de la méthode et des procédés chirurgicaux à employer. Il suffit que la récidive ne soit pas constante pour ne pas être une contre-indication absolue, et l'homme de l'art en apprécie l'imminence d'après l'étude des tissus envahis, l'étendue de la perte de substance, et les modes possibles et les conditions de la cicatrisation.

Le point de vue est ici celui de la prédisposition. Il avait fallu, pour la première apparition du cancer, une cause occasionnelle, mettant en jeu et douant d'une activité funeste une force jusque-là cachée. Cette cause occasionnelle, évidente déviation de l'état normal, se retrouvera-t-elle dans les parties atteintes par l'opération? Quelles seront à cet égard les probabilités de la guérison définitive ou des dangers à redouter? La théorie et l'expérience répondent à ces questions.

Après avoir fait disparaître le tissu morbide et les parties subjacentes, gangue primitive de la cellule cancéreuse, la cicatrice devra se produire entre des téguments sains, faciles à rapprocher, doués d'une suffisante épaisseur et mis à l'abri de toute tension, constriction et étranglement, conditions contraires à la guérison par l'entretien de foyers permanents d'irritation.

Personne n'ignore la difficulté d'obtenir la formation des cicatrices quand une portion considérable de la peau a été détruite, et combien de temps, de précautions et de soins exigent ces vastes productions de tissu inodulaire. Un pareil travail, à peine réalisable sous l'influence de la vitalité la plus énergique, est peu à espérer après l'ablation d'un cancer. Il y a trop de motifs de voir la prédisposition passer à l'état actif et une récidive se manifester. Le traitement des plaies en offre des exemples multipliés. La cicatrisation, d'abord assez rapide, devient stationnaire, puis rétrograde, et l'ulcère cancéreux se reproduit. On trouvera dans l'observation dont nous rapporterons plus loin les détails, des preuves de ce genre, et il est évident qu'il faut ramener et maintenir les forces naturelles dans leurs voies les plus régulières et les plus faciles, si l'on veut les empêcher d'en dévier. Tout individu porteur d'un cancer est atteint par cela même d'une prédisposition à cette affection. La guérison, si elle a lieu, sera restreinte à la manifestation morbide, au mal revêtu de ses formes

et de ses caractères spéciaux, et ne s'étendra nullement à la prédisposition elle-même : celle-ci persistera et restera démontrée par le fait du cancer précédemment apparu. Il ne nous est donc pas donné d'espérer ni de promettre des guérisons absolues et radicales, consistant dans la disparition des derniers vestiges de la prédisposition cancéreuse. Le mélange d'un sang plus pur par continuité de générations, et l'absence des influences déterminantes, peuvent seuls conduire à ce résultat. Notre intervention doit se réduire à annihiler les effets de la prédisposition, à en rendre le germe stérile, et, sous ce rapport, l'importance du rôle médical est immense au point de vue de l'individu.

Le danger des cicatrisations étendues, lentes à se former, difficiles à terminer, devient aussi évident que l'avantage des conditions opposées.

La méthode anaplastique n'est pas applicable si les téguments ne font pas défaut et si les parties conservées sont encore saines; autrement elle est d'une incontestable utilité.

Deux cas en réclament spécialement l'application :

1° Si les tissus n'offrent pas une intégrité suffisante;

2° Si la perte de substance exige la formation d'une vaste cicatrice inodulaire.

Dans la première de ces suppositions, la présence des téguments parfaitement sains sert à annihiler la prédisposition cancéreuse dans les parties en contact; et il n'est pas sans intérêt de remarquer l'excessive rareté de la dégénérescence des plaies accidentelles ou entretenues artificiellement.

Les solutions de continuité pratiquées sur des organes sains ne doivent donc inspirer aucune crainte, et là n'est pas le danger.

L'anaplastie est d'une efficacité plus grande encore dans les cas où la peau a subi une large déperdition de substance.

Par cette méthode on prévient la tension de la plaie, on recouvre de téguments des surfaces qui seraient restées longtemps suppurantes, on substitue une cicatrisation aisée et rapide à un travail de consolidation toujours long et imparfait, et on reproduit autant que faire se peut l'état intégral du plan primitif.

Trois ordres de phénomènes peuvent suivre l'emploi des lambeaux anaplastiques et mériteraient d'être étudiés dans leur influence sur l'issue ultérieure de l'opération. La cicatrisation est : A primitive, B secondaire ou par suppuration, C tertiaire ou compliquée de gangrène. Les plus habiles chirurgiens tentent souvent des réunions immédiates après l'ablation des cancers. J'ai vu M. Roux obtenir ainsi de magnifiques succès. M. Vel-

peau agit souvent de même à la Charité ; Dupuytren avait donné de semblables exemples, et cette conduite est adoptée par le plus grand nombre des chirurgiens.

Cependant, quelques hommes d'une autorité incontestable, parmi lesquels je citerai Boyer, croyaient que la suppuration prévient mieux les récidives. Le tissu inodulaire, se développant sur des surfaces aisées à rapprocher, ne subit aucun étranglement et jouit alors d'une contractilité très-marquée. Il s'épaissit, s'indure, et constitue des plans fibreux, résistants, peu susceptibles de la dégénérescence cancéreuse.

La question n'est pas résolue, et les considérations théoriques dont on pourrait appuyer l'une et l'autre de ces doctrines auraient besoin d'un contrôle expérimental qui manque encore. Je dois faire l'aveu de la même pénurie de faits probants à l'égard des cicatrisations tertiaires dont la gangrène formerait une des phases. On possède des exemples de guérison de cancers par gangrène, et on avait même voulu utiliser cette observation en proposant d'inoculer la pourriture d'hôpital aux tumeurs dégénérées. Mais il nous faudrait savoir si la mortification de la face interne cellulo-graisseuse des lambeaux anaplastiques exerce ou non une influence avantageuse sur la non-reproduction de la maladie.

Chez notre malade, nous avions cherché avec le plus grand soin à obtenir une réunion immédiate ; mais il y eut gangrène de la face interne du lambeau et mortification de l'un de ses bords : néanmoins la guérison fut parfaite, et c'est là un fait à enregistrer en attendant le moment où les conséquences en pourront être déduites.

Occupons-nous maintenant de la certitude du diagnostic, sans laquelle la science marchera éternellement ballottée entre des assertions contradictoires. Le dernier mémoire dont nous avons eu l'honneur de faire hommage à l'Académie nous a servi à démontrer la nécessité de l'intervention du microscope dans le diagnostic des cancers.

Nous avons prouvé qu'une tumeur des lèvres, datant de plusieurs années, ulcérée, inégale, saignante au contact, donnant lieu à des douleurs lancinantes, récidivant après l'ablation, pouvait cependant ne pas être un cancer et se trouver entièrement constituée par une masse stratifiée de lamelles épidermiques, déterminée par une irritation chronique et superficielle du derme.

Toute observation de cancer supposé des lèvres, sans le contrôle du microscope, est donc devenue aujourd'hui incomplète et

sans valeur. C'est un fait dont les chirurgiens devront désormais se préoccuper. Le pronostic, sous ce rapport, ne diffère pas moins que le traitement. S'il y a cancer, l'opération est indispensable, et une prédisposition menaçante pèsera sur tout l'avenir du malade. Si le cancer n'existe pas, le danger n'est plus le même, et la guérison pourra souvent être assurée sans opération.

Nous avons fait l'application de ces principes, pendant le second semestre de l'année scolaire, à un assez grand nombre de malades reçus à notre clinique, et atteints d'affections réputées cancéreuses. L'intervention du microscope, soit avant, soit après nos opérations, a contribué à éclairer notre jugement et nous a permis presque toujours de décider avec certitude de la véritable nature des lésions.

Dans le service des hommes, nous eûmes à traiter :

1° Un cancer très-étendu de la région temporale gauche, opéré deux années auparavant ;

2° Un cancer de la face, occupant les deux lèvres et une partie des joues ;

3° Un cancer du rectum, compliqué de tumeurs carcinomateuses du foie.

Dans ces trois cas, dont le dernier se termina par la mort, aucune opération ne nous parut praticable, et nous pûmes constater la présence des cellules cancéreuses dont nous avons précédemment exposé les caractères distinctifs.

4° Un journalier envoyé à l'hôpital pour un cancer des lèvres était simplement atteint d'une inflammation du derme avec accumulation des lames d'épithélium. Il guérit, et nous venons de rappeler son histoire.

5° Un cinquième malade portait, à la réunion du nez avec les joues, une tumeur supposée cancéreuse, du volume d'un œuf de poule. La paupière inférieure était soulevée, le nez dévié, et la narine correspondante semblait oblitérée. Le microscope montra, après l'ablation de cette tumeur dont la cicatrisation eut lieu en onze jours, qu'elle était de nature fibreuse. Nous remarquerons, à cette occasion, que contrairement à l'opinion de M. Cruveilhier et de plusieurs autres anatomo-pathologistes aussi distingués, mon honorable collègue, M. Stoltz, croit les tumeurs fibreuses particulièrement sujettes à se transformer en cancer (voy. les *Comptes-rendus de la Société de médecine de Strasbourg*).

6° Un maçon, venu du département de la Meurthe, mourut, à la clinique, des progrès d'un vaste ulcère siégeant à la région

parotidienne gauche et ayant détruit les téguments, la glande parotide, le nerf facial, le nerf pneumogastrique, la plupart des muscles styloïdiens, une portion du digastrique, des ptérygoïdiens et du sterno-mastoïdien. Tous les hommes de l'art avaient attribué cette affreuse perte de substance aux progrès d'un cancer, et cependant nous n'y découvrîmes pas les cellules caractéristiques, et à l'autopsie, nous ne rencontrâmes aucune autre altération organique ; circonstance d'une très-grande valeur et digne d'être méditée. Pour nous, ce n'était pas un cancer, et nous possédons quelques exemples d'ulcères rongeants d'apparence semblable, mais à une période moins avancée, que nous sommes parvenu à guérir sans opération.

7° Un dernier malade, opéré d'une hydrocèle dans notre service, succomba quelques mois plus tard à des accidents gastriques, et les matières rejetées par le vomissement renfermaient des cellules désagrégées d'un cancer de l'estomac, dont la composition a été parfaitement étudiée par M. le docteur Küss.

Le service des femmes nous offrit également plusieurs cas d'un grand intérêt pour l'étude des affections cancéreuses.

Nous mentionnerons particulièrement :

8° Un cancer du col utérin auquel la malade succomba avant l'opération que nous nous proposions de lui pratiquer.

9° Une tumeur cellulo-graisseuse et fibro-calcaire du poids de dix kilogrammes, ayant son siége à la région fessière droite, et datant de quarante ans, ayant subi un commencement de dégénérescence, fut opérée avec un plein succès.

10° Nous enlevâmes une tumeur ulcérée du sein et quelques ganglions axillaires volumineux à une femme dont la guérison s'acheva très-heureusement. La plaie avait suppuré, et les ganglions et la tumeur étaient complètement formés d'une masse de cellules cancéreuses agglomérées.

11° Nous dûmes également extirper la totalité du sein droit, plusieurs ganglions axillaires et des tubercules sous-claviculaires chez une autre malade dont la guérison fut aussi obtenue par suppuration de la plaie.

12° Une troisième malade, dont le sein nous paraît cancéreux, est actuellement (1er septembre) à la clinique et n'a pas encore été opérée.

13° Enfin, le cancer du genou dont nous allons rapporter l'histoire termine la série des affections réputées cancéreuses observées pendant le deuxième semestre de la clinique.

Nous n'insisterons pas ici sur ces faits destinés à figurer dans

le compte-rendu de notre service et dans la seconde partie de notre Mémoire sur la nature du cancer.

Ils nous ont servi, avec quelques autres observations recueillies à l'hôpital militaire, ou tirées de notre pratique particulière, à prouver l'importance des caractères révélés par le microscope, et nous avons hâte d'aborder et de résoudre une dernière objection.

On a demandé de quelle valeur serait la connaissance des cellules cancéreuses dans les cas de tumeurs profondes et inaccessibles à tout examen microscopique avant l'ablation.

Cette objection, si elle était fondée, ne s'appliquerait, en définitive, qu'à un certain nombre de cancers et prouverait seulement les difficultés et les bornes de la science. Il serait toujours d'un immense intérêt pour les malades de connaître, même après l'opération, la nature certaine de leur affection, et l'homme de l'art y puiserait également des indications utiles.

Ces remarques nous conduisent à dire un mot des indications opératoires. M. Roux a exposé à ce sujet, à l'Académie de médecine, quelques règles dictées par sa profonde expérience.

M. Velpeau s'est livré, à la même occasion, aux plus savantes considérations, et il nous paraît démontré qu'en principe il vaut mieux enlever une tumeur actuellement bénigne que de laisser croître et se développer un véritable cancer.

C'est, au reste, une question trop vaste pour être étudiée incidemment, et nous nous contentons de la poser.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

12. *Cassure de l'instrument dans la vessie, dans un cas de lithotritie ;* observation due à M. le docteur Taroni (à Saint-Denis, département de l'Aude.)

(Journal de Médecine de Toulouse, décembre 1845.)

Depuis l'âge de deux ans, Baptiste Andrieu souffrait d'une difficulté d'uriner, pour laquelle il avait réclamé en plusieurs circonstances les secours de l'art, dont il ne retira aucun soulagement.

Ce ne fut qu'au commencement du mois d'août dernier que le docteur Taroni fut appelé auprès du malade, alors âgé de 26 ans, et qu'après un examen minutieux il constata la présence d'un calcul vésical assez volumineux. Les docteurs Frejacque et Abrial, appelés en consultation, reconnurent aussi la présence du calcul, et trouvèrent le malade dans l'état suivant :

Constitution naturellement robuste, mais appauvrie par vingt-

quatre ans de souffrances aiguës; excrétion des urines presque continuelle, mais très-douloureuse, goutte à goutte, et possible seulement pendant que le malade était couché sur le côté gauche ; ce qu'on peut expliquer par la situation et l'ancienneté du calcul, et la contraction de la vessie, dont la capacité était réduite à peu près au volume de la pierre.

Chaque jour la fièvre se manifestait à des heures différentes et minait de plus en plus la santé du sujet, déjà si compromise.

Tous les symptômes du catarrhe vésical étaient caractérisés au plus haut degré et nous laissèrent unanimes sur l'opportunité d'une opération chirurgicale, comme seule chance de salut pour le malade. Son état général et local ne nous permit pas d'admettre la lithotomie comme possible : ce fut à lithotritie que nous donnâmes la préférence, pleins d'espoir que les nouveaux perfectionnements des instruments que le docteur Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, a fait fonctionner si heureusement dans plusieurs cas récents, nous donneraient des résultats non moins simples et aussi avantageux.

Le 25 septembre, après avoir fait subir un traitement préparatoire, nous nous rendîmes chez le malade, munis d'une boîte d'instruments fabriqués chez M. Charrière, à Paris.

D'après les essais faits la veille sur des pierres du volume présumé du calcul vésical, pierres que nous avions brisées avec facilité sans employer une grande force, nous étions en droit d'espérer un succès peu laborieux et complet. En effet, après avoir introduit une sonde dans la vessie, et injecté environ 120 gram. d'un liquide émollient, la sonde fut retirée, et le brise-pierre n° 2, modèle Charrière, introduit. Dès les premiers essais, un calcul d'environ 32 millimètres de diamètre fut saisi et divisé. La force dont il fallut se servir pour faire éclater le calcul fut de beaucoup moindre que celle employée dans nos essais antérieurs. A trois reprises différentes le calcul fut repris et broyé de même. Nous étions au comble de la joie, ainsi que la famille, qui entendait comme nous le bruit particulier que produisait la pression de l'instrument sur la pierre qui cédait.

A la cinquième reprise, sans efforts plus considérables, sans secousse, sans faux mouvement, et nous insistons sur ces circonstances, un bruit un peu plus fort frappe nos oreilles, et tout le monde croit au succès complet. Le malade se plaignait de la fatigue ; nous décidâmes de remettre à une autre séance la suite de l'opération.

Quel n'est pas notre étonnement, lorsque nous sentons une résistance qui ne permet pas de retirer le lithotriteur : en

vain nous lui faisons exécuter des mouvements divers dans tous les sens, en vain nous l'ouvrons et le refermons plusieurs fois, en maintenant le doigt dans le rectum, et nous assurant ainsi que l'extrémité de l'instrument est libre, et que la membrane muqueuse n'est pas pincée ; toujours la même difficulté de le retirer se fait sentir et nous plonge dans une incertitude inquiétante.

Cependant, en usant de tous les ménagements possibles, et par de nouvelles manœuvres, nous faisons arriver l'instrument jusqu'en deçà du col vésical. C'est dans cette partie que le toucher nous a fait percevoir, à travers la peau, sur la convexité du lithotriteur, une aspérité que nous avons prise pour un fragment du calcul, engagé dans la fenêtre de la branche femelle.

La difficulté de la retraite se montrant de plus en plus considérable, et le malade étant excessivement fatigué, nous avons pris la résolution de pratiquer une petite incision sur le canal pour dégager ce prétendu fragment et ne pas causer des désordres plus grands. Dès lors notre incertitude cesse à l'aspect de la cause du mal qui devient évidente.

Ce n'est pas un fragment, comme nous l'avons cru, mais bien une portion saillante de la paroi gauche de la fenêtre de la branche femelle qui s'est cassée et écartée de son axe dans son tiers inférieur, de manière à offrir, dans le mouvement rétrograde, l'effet d'un fer de lance ou d'un hameçon.

Toutes les difficultés nous étant ainsi expliquées, nous avons pu faire saillir par la boutonnière l'extrémité du lithotriteur cassé, et, à l'aide de fortes pinces, détacher en entier la partie qui formait l'obstacle à sa retraite.

Comme nous nous y attendions, en nous représentant la gravité des désordres qu'a dû produire l'instrument dévié à travers le col de la vessie jusqu'à la boutonnière, dont nous reconnaissons actuellement l'urgente nécessité, le malade n'a pas éprouvé de soulagement. Un spasme violent s'est développé, et après lui une chaleur intense. Au bout d'une heure, les urines ne coulaient pas : nous avions lieu de redouter l'engorgement de la vessie et un épanchement urineux.

Malgré le malaise éprouvé par le malade, nous avons décidé l'application d'un sonde à demeure, qui a été introduite sans trop de difficulté, quoique le canal fût largement incisé : elle a donné passage à des caillots sanguins, entraînant de nombreux fragments de calcul.

C'est dans cet état de choses, après avoir donné une potion calmante et fait les prescriptions nécessaires, que nous nous sommes

retirés pour nous livrer aux plus tristes réflexions sur l'issue si fâcheuse et si peu probable de ce déplorable événement.

En effet, lorsque tout nous présageait un beau succès, lorsque toutes les mesures et les précautions les plus minutieuses avaient présidé aux apprêts de cette opération, quand tout le monde se réjouissait de sa marche régulière, quelle fatalité a fait survenir l'accident le plus inattendu, et contre lequel nous avions toutes les garanties matérielles qu'il est permis d'avoir : de nombreux succès obtenus par nos devanciers, les instruments sensiblement perfectionnés, et le nom de leur auteur si justement célèbre dans sa spécialité, et dont nous rapportons textuellement les paroles adressées dans son rapport à l'Académie des sciences, le 18 octobre 1836.

« L'instrument, tel que je l'ai perfectionné, se termine par une « rondelle qui donne assez de prise à la main pour produire une « force suffisante : mais tout est tellement calculé entre la puis- « sance donnée par cette poignée et la résistance des mors de « la pince, qu'il est impossible à l'homme le plus vigoureux de « briser une des branches avec la pression exercée par la « vis, etc. »

Tout nous interdisait la crainte et justifiait nos espérances ; et pourtant un homme est menacé dans son existence et nous laisse les regrets d'avoir innocemment contribué à l'augmentation de ses douleurs.

Nous regardons comme un devoir de publier ce pénible résultat, non pour accuser le procédé opératoire dont nous reconnaissons l'incontestable supériorité, non pour engager nos confrères à prendre plus de précautions, car nous croyons les avoir toutes prises, mais bien pour engager les fabricants à redoubler d'attention, et, si c'est possible, à ne livrer au commerce que des instruments doublement éprouvés.

On frémit à l'aspect de l'instrument cassé que nous renvoyons à M. Charrière, en pensant à l'horrible situation du malade et des médecins, si l'instrument n'eût pas pu être retiré de la vessie.

Dans quelques jours, quelle que soit l'issue de la maladie, nous compléterons cette observation, qui ne peut manquer d'offrir beaucoup d'intérêt pour la science (1).

(1) Ce fait nous a été adressé le 16 octobre dernier. Nous avions voulu attendre son complément pour le publier ; mais M. le docteur Fréjacque, en nous donnant aujourd'hui des nouvelles satisfaisantes sur l'état du malade, nous annonce que sa guérison définitive se fera longtemps attendre. Nous nous conformons dès lors aux intentions manifestées par notre honorable confrère, en insérant dans cette livraison une observation qui, bien qu'incomplète, ne peut qu'intéresser puissamment nos lecteurs. A. G.

13. *Sur une nécrose particulière des maxillaires, développée dans les fabriques d'allumettes chimiques;* par M. Strohl.

(Gazette médicale de Srrashourg, N° 11, 1845.)

« Il y a un an, pendant que je faisais le service de la clinique des vénériens, j'ai reçu une fille d'une vingtaine d'années, qui avait tout le maxillaire inférieur dénudé des parties molles, à surface grise, rugueuse, anguleuse, non ramolli, et donnant naissance à une suppuration fétide. Cette malade racontait qu'elle avait travaillé pendant plusieurs années dans une fabrique d'allumettes chimiques et qu'elle y avait contracté cette affection. Ce cas isolé ne me permettait pas de trouver une relation entre les occupations de la malade et son état morbide actuel. L'observation fut prise avec tous les détails; mais malgré toutes mes recherches il m'a été impossible de la retrouver, ce que je regrette vivement. Après un séjour d'un mois à peu près, la malade sortit de l'hôpital, et j'ai appris qu'elle n'avait pas tardé à mourir.

« Grand fut mon étonnement lorsque, le 25 juin 1845, il vint à la consultation chez moi une autre ouvrière de cette fabrique qui m'offrit une affection semblable. En voici l'observation :

« Obs. I. — Velt (Caroline), âgée de 24 ans, grande, forte, constitution lymphatique, ne présentant pas de symptômes scrofuleux; elle est irrégulièrement menstruée, a toujours joui d'une bonne santé, et soutient n'avoir jamais eu de maladie syphilitique. Elle a travaillé pendant cinq ans, et d'une manière continue, dans une fabrique d'allumettes chimiques ; son occupation consistait à tremper les allumettes dans la masse phosphorique. Pendant toute cette période, elle ne se ressentit de rien. Elle sortit de la fabrique il y a dix-huit mois, pour entrer en condition chez des personnes où elle paraît avoir été bien tenue. Trois mois après, elle ressentit de vives douleurs dans toute la mâchoire supérieure droite, suivies bientôt de gonflement et d'un abcès des gencives. L'ouverture de cet abcès et l'avulsion de huit dents qui s'étaient rapidement cariées firent tomber un peu la fluxion ; mais elle revint bientôt plus considérable, occupant la joue et la partie latérale droite du cou. Au bout de quelque temps, un abcès s'ouvrit à la partie supérieure du cou ; mais le gonflement ne se dissipa que lentement, car il n'y a guère qu'un mois qu'il est à peu près tombé. Au dire de la malade, la suppuration avait au commencement une forte odeur de phosphore. Elle est accouchée il y a six semaines, et ne nourrit pas

l'enfant. La grossesse paraît avoir exercé une influence favorable sur l'enflure.

« *Etat actuel.* — Léger gonflement de la partie postérieure de la joue droite ; à la partie supérieure du cou, cicatrice saillante, allongée ; un peu plus haut, vers l'angle de la mâchoire, ouverture fistuleuse, donnant sortie à du pus jaunâtre ; le stylet s'y engage facilement jusqu'à $0^m,03$ de profondeur vers le maxillaire inférieur, et rencontre là une portion osseuse rugueuse. La malade dit qu'il n'est jamais sorti de fragment d'os par cette ouverture. Dans l'intérieur de la bouche, le maxillaire supérieur droit est dénudé complètement des parties molles, à sa partie postérieure, dans une longueur de $0^m,02$. La surface en est grise, très-rugueuse, à fortes arêtes, pas friable ni ramollie. Ce fragment est mobile et fait entendre un peu de crépitation. A un centimètre en avant, la gencive ramollie laisse sentir une perte de substance osseuse ; mais aucune partie d'os ne peut être reconnue à nu. La voûte palatine est un peu saillante de ce côté, probablement par le gonflement des parties molles. La mâchoire inférieure, à droite, est presque complètement dégarnie de dents ; vers le milieu de la branche, on remarque une surface grise de la grandeur d'une grosse lentille : c'est une portion d'os mise à nu, mais immobile et non rugueuse. Gencives molles, boursoufflées ; suppuration grise fétide. Toutes les autres fonctions se font normalement, à part un peu de toux survenue depuis trois semaines. Plusieurs traitements ont été institués, entre autres l'huile de foie de morue, que la malade n'a pu continuer longtemps ; elle n'en a pris qu'un demi-litre.

Pr.	Iode.	20 centigr.
	Huile d'olive.	200 grammes.

Mêlez. A pendre 2 cuillerées par jour.

Pr.	Créosote.	10 gouttes.
	Alcool.	20 grammes.
	Eau commune.	200 —

Mêlez. Pour injections dans le trajet fistuleux.

« Enfin, des gargarismes chlorurés avec du chlorure de chaux.

« Le 13. Le séquestre est sorti assez facilement il y a quatre jours ; la malade a pu l'enlever avec les doigts : il a une longueur de $0^m,025$ sur une hauteur de $0^m,02$; il est noir, fétide, rugueux, et composé de toute la hauteur de la mâchoire supérieure. La plaie a un très-bel aspect. Les liquides et souvent les solides que la malade introduit par la bouche reviennent en

partie par le nez, sans lésion de la voûte palatine ou du voile du palais. Cette communication résulte probablement de la perte de substance osseuse : un stylet recourbé s'enfonce profondément dans la cavité, du côté des fosses nasales, et touche encore une surface rugueuse. La partie dn maxillaire inférieur dénudée est plus petite ; les gencives sont moins gonflées, plus fermes ; la fistule sous-maxillaire a meilleur aspect ; suppuration moins abondante, de bonne nature. En général, grande amélioration. Trois cuillerées d'huile. Même traitement.

« Le 20. Le mieux continue ; mais les amygdales sont un peu rouges et gonflées. Cessation du gargarisme et des injections.

« Le 30. L'amygdalite a cessé. La perte de substance du maxillaire supérieur se rétrécit ; la plaie se cicatrise. La fistule a diminué d'étendue. On reprend les injections et le gargarisme.

« Le 26 juillet. Tout continue à aller bien : la fistule n'a plus que $0^{m},015$ de profondeur ; on n'arrive plus sur une surface osseuse ; suppuration peu abondante, d'assez bonne nature. Les liquides refluent encore par le nez. La portion du maxillaire inférieur dénudée n'a pas augmenté d'étendue ; l'os est lisse, très-solide. Les gencives ne sont plus gonflées. Quatre cuillerées d'huile. Suppression du gargarisme.

« Obs. II. — Le 1er juillet, vint chez moi à la consultation la fille Birklé, âgée de 22 ans, brune à cheveux noirs, nez un peu épaté, à pointe relevée, sans autres symptômes de scrofules. Elle a toujours été bien portante : les règles ont paru à 20 ans ; elles sont abondantes, mais viennent irrégulièrement. Elle a été servante. Depuis deux ans elle est employée, sans interruption, dans une fabrique d'allumettes chimiques, au même travail que la malade précédente. Sa santé s'est bien soutenue jusque il y a deux mois ; mais alors les gencives ont commencé à se ramollir et à se gonfler : en même temps des douleurs extrêmement vives se sont déclarées dans les dents de la moitié gauche de la mâchoire supérieure. Bientôt après survint un gonflement de la région sous-orbitaire du même côté, gonflement qui se propagea à toute la joue. La première grosse molaire et les petites molaires supérieures étaient cariées ; elles sont tombées il y a trois semaines : il y a quinze jours que la canine a été arrachée ; elle était saine, mais tout à fait vacillante. A la suite de cette perte de dents, il s'établit un écoulement très-fétide par les alvéoles. La malade a quitté la fabrique la veille.

« *Etat actuel.* — Légère rougeur et gonflement de la gencive

supérieure du côté gauche. A la place des molaires se trouve une portion d'os gris, anfractueux, avec une grande excavation dans laquelle la grosse molaire avait été logée ; le stylet s'y enfonce profondément. Toute cette portion d'os, dans une longueur de plus de $0^m,02$, se trouve détachée de la gencive à une hauteur de $0^m,02$; elle est rugueuse, mais nullement ramollie ni mobile. A la place de la canine se trouve une portion d'os gris, comme le précédent. Les deux incisives gauches sont très-vacillantes ; l'une d'elles pourrait être enlevée avec les doigts ; la gencive qui les recouvre est boursoufflée. Ecoulement gris, purulent, fétide. Plus de douleurs. Toutes les fonctions se font normalement.

« Deux cuillerées de la même huile ; gargarisme chloruré.

« Le 16. La partie du maxillaire supérieur est tombée ; elle laisse une vaste excavation à fond gris osseux. Les deux incisives sont encore là ; un peu moins de gonflement de la gencive. Douleurs dans les deux incisives droites, un peu de tuméfaction de la gencive de ce côté ; la maladie paraît se propager à droite. L'huile est bien supportée. Trois cuillerées.

« Le 22. La cavité se rétrécit, a très-bon aspect ; la gencive est un peu moins boursoufflée et les incisives gauches sont peut-être un peu plus raffermies ; les droites sont toujours douloureuses. Le second fragment dénudé n'existe plus.

« Depuis, ces deux malades ne sont plus revenues à la consultation , de sorte que je ne puis donner la fin de leurs observations.

« Obs. III. — Le 3 juillet, j'ai eu occasion de voir la fille Linder, âgée de 22 ans, petite, lymphatique, cheveux châtains ; elle avait toujours été bien portante, réglée à 12 ans, peu abondamment. Elle travaillait comme journalière. A 16 ans, elle est entrée dans une fabrique d'allumettes chimiques, où elle était employée à faire les paquets, mais dans la même chambre où l'on trempait les paquets dans la masse phosphorique. D'abord elle n'éprouva rien, si ce n'est un rhume qui, à la fin, ne la quittait plus. Après trois ans de séjour dans la fabrique, elle eut toute la figure enflée, et alors elle quitta son travail. Ce gonflement faisant peu à peu des progrès, la malade entra à l'hôpital, où on lui arracha plusieurs dents saines ; au bout de trois semaines, elle en sortit pour rentrer un mois après. Après quelque temps de séjour, elle quitta l'établissement dans le même état. Plus tard, il se forma au-dessous du rebord orbitaire inférieur gauche un abcès qui ne s'ouvrit que longtemps après, et qui ne s'est cicatrisé qu'il y a un an. La cicatrice en est assez grande, solide, enfoncée et adhérente à l'os.

« *État actuel.* — Tout le maxillaire supérieur est carié, à surface grise, rugueuse, anfractueuse, pas ramollie. Le rebord alvéolaire et la voûte palatine sont complétement dénués des parties molles ; la gencive est tout à fait détachée de l'os à une hauteur de 2 centimètres. La maladie comprend à gauche tout le maxillaire jusqu'au fond de la bouche, à droite, jusqu'au milieu des grosses molaires. Tout ce grand fragment est mobile et ne tient plus que par quelques lambeaux de parties molles ; pas d'ouverture fistuleuse au-dehors. J'ai engagé cette malade à entrer à l'hôpital.

« Voilà donc quatre filles, soumises aux mêmes causes, atteintes de la même affection. Ce ne sont pas là les seules victimes de cette influence pernicieuse : trois autres, dont deux ont succombé et une a guéri, en ont été aussi atteintes ; ce qui porte le nombre total à sept cas. Les renseignements que j'ai pu recueillir n'éclairent pas beaucoup notre connaissance de cette affection. Il existait à cette époque deux fabriques d'allumettes : six malades sortaient de l'une d'elles, et une seule (obs. II) de l'autre. Celles de la première catégorie avaient longtemps travaillé dans une petite chambre ; maintenant elles sont dans un local plus spacieux. Elles sont une cinquantaine ; mais peu d'entre elles restent longtemps à leur travail d'une manière continue : elles viennent et quittent pour un temps plus ou moins long. Les émanations phosphoriques sont très-irritantes : aussi un grand nombre d'entre elles sont prises de toux qui, quelquefois, est assez vive et continue pour les obliger à cesser ce travail. Les maux de dents et les fluxions sont aussi fréquentes, et c'est par là que, chez toutes les sept, la maladie a débuté. Il y en a même quelques-unes qui sont prises en ce moment de ces indispositions. Une fois l'affection des os n'a commencé que quelque temps après la sortie de la fabrique ; probablement le germe de la maladie avait déjà été contracté antérieurement. La nature de cette affection osseuse est assez difficile à caractériser : ce n'est ni une simple carie, ni une simple nécrose ; les parties molles se détachent de l'os dans une grande étendue, ou se détruisent même, et laissent à nu la surface osseuse, grise, rugueuse, mais solide. Une suppuration grise, fétide, que je n'ai jamais trouvée rougeâtre, s'exhale. Au bout d'un temps plus ou moins long, cette portion s'isole, et finit par tomber sans la moindre apparence d'os de nouvelle formation.

« J'appelle encore l'attention des praticiens sur le traitement institué. L'huile de foie de morue n'a pu être prise par la première malade. Me rappelant que, d'un côté, on avait proposé

l'huile d'olive comme remplaçant parfaitement l'huile précédente ; que, d'un autre côté, beaucoup de praticiens attribuaient à l'iode de cette huile l'efficacité de ce médicament, j'ai réuni ces substances en un seul composé. Ce remède n'est pas désagréable à prendre, et je pense que son action a été au moins pour quelque chose dans les bons résultats obtenus chez les deux premières malades. Chez la première, l'affection n'avait été modifiée en rien par toutes les médications précédentes ; au contraire, comme chez la seconde, elle était toujours encore en progrès : elle a été promptement arrêtée et bientôt améliorée par l'huile iodée. Cependant je n'ose encore proclamer ces faits comme décisifs ; mais ils me semblent assez favorables pour engager les praticiens à essayer ce succédané à l'huile de foie de morue, préparation qui, en tout cas, sera plus facile à prendre, que l'on aura toujours exactement semblable, et que l'on pourra aisément modifier selon les cas auxquels on l'appliquera.

« Pour moi, il est évident qu'il y a un rapport de causalité entre ce genre de travail et l'affection que j'ai observée. Il serait par trop singulier d'attribuer au hasard la production de cette maladie rare sur sept filles soumises aux mêmes influences. Tout a été pareil chez elles : d'abord douleurs de dents et fluxions, gonflement de la gencive, dents cariées et vacillantes ; puis soulèvement et destruction des parties molles, perte des dents et dénudation d'une surface osseuse qui toujours était un des maxillaires, suppuration grise, fétide, et, à la fin, chute de la portion osseuse affectée. Comment est-il possible que cette affection, qui, du reste, porte un cachet particulier, ait pu éclater spontanément, par suite d'une idiosyncrasie, et affecter six filles renfermées dans le même local ? Mais, dira-t-on, si elles sont une cinquantaine, pourquoi six ont-elles été seules atteintes ? C'est que toutes celles qui sont tombées malades ont travaillé pendant plusieurs années sans interruption, ont donc été soumises longtemps à l'influence délétère du phosphore, tandis que la plupart de ces ouvrières ne restent pas d'une manière continue à leur travail. Ce ne sont peut-être pas non plus les seules qui aient été affectées ; il peut y en avoir d'autres encore qui n'ont été atteintes qu'après leur sortie de la fabrique et dont la maladie a pu rester ignorée. L'une de mes malades m'a dit que, dans la fabrique, il y en avait encore trois atteintes de fluxion permanente, et qui ne tarderaient pas, a-t-elle ajouté, à être prises de la même manière.

« Un dernier point, le plus important, reste encore à examiner : c'est la recherche du mode d'action des vapeurs phospho-

riques ; mais ici nous trouverons beaucoup d'obscurité. Evidemment cette affection est purement locale : aucun symptôme général ne la précède ; aucune autre partie du système osseux, excepté la bouche, n'est attaquée ; la santé générale se soutient, si l'abondance de la suppuration ne vient pas épuiser les malades. L'affection est donc locale et produite par une action locale. Voici comment j'essaye de l'expliquer : les vapeurs du phosphore se transforment, au contact de l'oxygène, en acide hypophosphorique ; celui-ci, inspiré par l'air, se dissout dans la salive et peut former de l'acide phosphorique. De plus, il se produit souvent de ce dernier acide par la combustion vive du phosphore ; car il arrive parfois qu'un des vases dans lesquels on chauffe la masse phosphorée s'enflamme, ou bien souvent encore tout un tas d'allumettes déjà préparées prend feu. Cet acide peut donc se dissoudre dans la salive, la rendre acide. On connaît l'action dissolvante de l'acide phosphorique ; les gencives, contre lesquelles la salive reste plus longtemps, sont ramollies ; elles s'imbibent, jusqu'à un certain point, du liquide acide : ce dernier attaque les dents, filtre entre ces ostéides et les parties molles, arrive ainsi jusque sur les alvéoles, et exerce là son action dissolvante et corrosive. On se rend encore assez facilement compte pourquoi la langue ne participe pas à cette altération, comme la gencive et les joues : c'est que la nature de son tissu est autre et probablement plus réfractaire ; de plus, la salive qui se trouve sur cet organe est plus rapidement avalée ou rejetée que celle qui se trouve sur les côtés, retenue par les cavités, les anfractuosités des dents et les rainures qui existent sur le bord libre de la gencive. Une raison analogue sert à expliquer pourquoi les cavités nasales et la muqueuse bronchique ne sont pas altérées. Dans les premières, l'acide rencontre une petite quantité de liquide seulement, et, de plus, un liquide très-visqueux, dont les propriétés dissolvantes sont faibles ; il en est de même dans les bronches : en outre, le passage de l'air vicié est plus prompt dans ces cavités que dans la bouche ; la dissolution sera donc encore moindre. La toux habituelle de ces ouvrières prouve d'ailleurs l'action irritante de ces vapeurs.

« Je ne me dissimule nullement que cette explication est purement hypothétique et ne repose sur aucun fait d'expérience ; mais elle me paraît possible, et elle est d'ailleurs la seule que j'aie pu imaginer. Dans aucune expérience faite avec le phosphore, je n'ai vu relatée une action pareille ; je ne connais non plus aucun fait analogue observé dans une autre de ces fabriques. Y aurait-t-il dans les nôtres quelque chose de particulier, soit

dans le mode de fabrication, soit dans la composition de la masse chimique? Je n'en sais rien.

« Ces faits me paraissent, en tout cas, de nature à éveiller l'attention de l'autorité ; ils sont trop graves pour qu'on n'essaye pas de les prévenir. »

OPHTHALMOLOGIE.

14. *Études pratiques sur la cataracte* (1); par M. le docteur DESMARRES.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, novembre 1845.)

Définition de la cataracte en général.

Cette maladie a été connue des anciens : les ouvrages d'Hippocrate et de Celse ne laissent aucun doute à cet égard; mais ces auteurs n'eurent sur elle que des idées erronées. Ils donnaient à la cataracte des noms divers ; la plupart pensaient que c'était le résultat d'une chute de liquide qui troublait la transparence des humeurs de l'œil et anéantissait la vision (2). Quelques-uns, recherchant le siége qu'occupait ce liquide opaque, le plaçaient, les uns dans la cornée, les autres dans le corps vitré. Ce doute sur le véritable siége de la cataracte continua d'exister même après 1604, époque à laquelle Kepler démontra que le cristallin, qu'on regardait alors comme l'organe immédiat de la vision, n'était qu'un simple instrument de réfraction. Il fallut que Lapeyronie et Morand missent sous les yeux de l'Académie des sciences de Paris des cristallins et des capsules opaques, extraits d'yeux cataractés, pour qu'on crût définitivement qu'en effet la lentille et sa membrane d'enveloppe perdaient leur transparence dans cette maladie. C'est alors qu'on reconnut toute l'importance des observations qu'avaient déjà publiées Quarré et Lasnier, et que les travaux de Maître-Jan, de Boërhaave, de Brisseau, de Woolhouse, de Geoffroy, et surtout ceux de Muralt, Heister et Chapuzeau, furent convenablement appréciés. Ces travaux prouvèrent en effet que la cataracte pouvait être constituée non-seulement par l'opacité de la lentille et de la capsule, mais encore par le trouble du liquide de Morgagni.

(1) Extrait de l'article *Cataracte* (Ophthalmologie pratique, in-8°, sous presse ; Germer Baillière).

(2) Cataracte dérive du grec καταράκτης, chute d'eau, de κατάρασσειν, renverser avec force, couler avec violence. On la nommait encore ὑπόχυμα, hypochyma, suffusio, gutta obscura, caliginosa, etc.

Les définitions de la cataracte sont excessivement nombreuses ; il nous semble au moins superflu de les examiner. Cependant celle qu'en a donnée M. Velpeau mérite de fixer l'attention. Ce serait, dans l'état actuel de la science, selon ce professeur, « *une opacité contre nature d'un des milieux transparents de l'œil que traversent habituellement les rayons lumineux pour arriver sur la rétine.* » Il est évident que cette définition est trop large et qu'elle ne peut être conservée, puisque toutes les opacités autres que celles de la lentille et de ses annexes, celles de la cornée, par exemple, rentreraient évidemment dans la maladie qui nous occupe. En nous fondant sur le siége de la cataracte en général, nous croyons donc préférable la définition suivante qui exprime toutes les conditions pathologiques. *La cataracte est l'opacité totale ou partielle des parties qui constituent l'appareil cristallinien.*

Symptomatologie de la cataracte en général.

Caractères anatomiques. Lorsque la cataracte est *complète*, on reconnaît les altérations suivantes : le cristallin ou ses annexes présentent une opacité placée derrière la pupille et très-rapprochée de cette ouverture : tantôt la tache est plus opaque à son centre, tantôt au contraire elle l'est davantage à sa circonférence.

Couleur. Dans quelques cas, l'opacité présente des plaques blanchâtres, jaunâtres ou nacrées; dans d'autres, au contraire, elle est lisse, plus ou moins bombée en avant selon le volume qu'a pris la lentille. La couleur de la cataracte est très-différente, et les quelques mots que nous venons de dire à ce sujet suffiront pour le moment ; plus tard, nous reviendrons sur ce caractère important en étudiant les principales variétés de la cataracte en particulier. Ajoutons toutefois que l'opacité peut varier du blanc le plus mat au noir le plus foncé, et qu'elle offre souvent une teinte grise ardoisée ou d'un vert assez brillant.

Consistance. La cataracte présente des degrés divers de consistance, et de là un volume différent appréciable à certains caractéres. Nous verrons que, dans la cataracte dure, l'opacité est foncée, que la chambre postérieure existe, que l'iris est mobile et que le pourtour de la lentille est plus transparent que son centre. La vision est moins complètement abolie. Si la cataracte est molle, si, à plus forte raison, elle est liquide, la capsule est bombée en avant, la chambre postérieure n'existe plus, l'antérieure est diminuée, l'opacité est égale à la circonférence et au centre, l'iris a perdu sa mobilité, la vision est complètement

(2) Jeanselme, *Leçons cliniques* de M. Velpeau, p. 358, Paris, 1840.

détruite. Lorsque la cataracte est liquide, il n'est pas rare que l'iris flotte d'avant en arrière, circonstance due au mouvement du noyau du cristallin renfermé dans la capsule ; quelquefois le liquide, de densité différente, se superpose par couches. La consistance de la cataracte peut être très-grande, même en dehors de l'ossification de la lentille et de sa membrane.

L'*iris* est le plus souvent très-mobile dans la cataracte ; pourtant il perd tous ses mouvements dans quelques circonstances, sans qu'il y ait pour cela complication d'amaurose : l'immobilité de la pupille peut tenir simplement au développement considérable, ou, pour mieux dire, au ramollissement de la cataracte qui presse le diaphragme d'avant en arrière et le paralyse mécaniquement.

La *pupille* est plus ou moins ouverte et mobile selon les circonstances dont nous venons de parler. Dans toute cataracte, je veux dire dans toute opacité siégeant dans la chambre postérieure près de la pupille, on reconnaît que la marge de celle-ci est bordée d'un anneau noir d'un millimètre de large environ. Tant que le fond de l'œil conserve sa couleur normale, il est facile de concevoir que cet anneau ne sera point perçu et qu'il deviendra apparent lorsqu'une tache plus claire se trouve placée derrière lui. L'anneau uvéen deviendra donc d'autant plus visible que la cataracte sera plus blanche, et c'est là ce que l'on remarque en effet.

Ombre portée par l'iris sur la capsule. — C'est un des caractères généraux les plus importants de la cataracte. Il sert surtout à constater le volume de la lentille. Si l'on place le malade obliquequement près d'une fenêtre, on reconnaît que derrière l'iris il y a une ombre portée par cette membrane sur la cataracte, phénomène facile à concevoir, puisqne le diaphragme intercepte les rayons lumineux partout ailleurs que dans son centre. Si la cataracte est dure, les couches opaques seront éloignées de l'iris, et l'ombre portée plus large et plus apparente. Si au contraire la capsule cristalline poussée en avant, comme dans les cataractes molles, est en rapport immédiat avec l'iris, l'ombre ne pourra plus exister, et l'absence de ce caractère deviendra ainsi la preuve du ramollissement de la lentille. On remarquera, dans tous les cas, que le cercle formé par cette ombre de l'iris sur l'opacité sera complet ou incomplet, au gré de l'observateur, large d'un côté, étroit de l'autre, selon qu'on placera le malade en face de la lumière ou obliquement, et de manière à la faire pénétrer d'un côté seulement entre l'iris et la cataracte, ou directement selon l'axe antéro-postérieur de l'œil.

2° *Caractères physiologiques. Altération de la vision.* La vue s'obscurcit insensiblement, ou quelquefois tout à coup : dans le premier cas, le malade croit voir un nuage uniformément répandu sur tous les objets, et qu'il compare à un brouillard de plus en plus épais ; dans le second, il voyait assez bien la veille et perd tout à coup la vue. Nous dirons plus loin, en parlant des cataractes molles, comment la cataracte déjà avancée à l'insu du malade peut l'aveugler tout à coup. Au début de la maladie, il arrive quelquefois que les patients croient voir devant eux des mouches volantes, des toiles d'araignées ou des flocons de neige qui disparaissent et reviennent à des moments indéterminés. Dans quelques variétés, la vision s'accomplit mieux à l'ombre ou le soir qu'en plein jour (cataractes dures) ; dans d'autres cas, la vue est également mauvaise à une lumière intense ou faible (cataractes lenticulaires molles et cataractes capsulaires complètes). Ce phénomène s'explique facilement. Dans les cataractes d'une certaine densité, le centre de la lentille est d'abord opaque, tandis que les couches de la circonférence demeurent longtemps transparentes ; dans les cataractes molles, les couches externes du cristallin sont également ramollies. Il est inutile d'ajouter que, dans la cataracte capsulaire complète, la tache, quand elle s'étend à toute la pupille, ne laisse point arriver les rayons lumineux au fond de l'œil, qu'ils soient nombreux ou non. Dans le cas où le malade voit mieux à l'ombre, le grand jour ou une lumière vive le gêne singulièrement, il éprouve une sorte d'éblouissement qui lui fait immédiatement porter la main au-dessus des yeux en guise de garde-vue : s'il voit encore assez pour se conduire, il traîne les pieds à terre, incline la tête sur la poitrine, porte une visière ou un chapeau à larges bords, afin de modérer l'intensité du jour.

A mesure que l'opacité augmente, les objets éloignés disparaissent ; circonstance qu'on peut expliquer et parce qu'un moins grand nombre de rayons pénètrent jusqu'à la rétine, et parce que le cristallin, devenu plus dense, les réfracte plus énergiquement. Peu à peu les petits objets sont perçus plus difficilement, puis disparaissent, et bientôt les grands eux-mêmes ne sont plus reconnus ; la lumière artificielle, une bougie, par exemple, semble être entourée d'un cercle de feu au début de la maladie, surtout quand le centre de la lentille est atteint le premier. Quelquefois la flamme a sa forme ordinaire ; mais elle est entourée d'une auréole rayonnée d'une largeur considérable et telle que certains malades croient voir devant eux un réverbère.

L'accomplissement de la vision dans la cataracte est subor-

donné nécessairement à la forme de l'opacité et au lieu qu'elle occupe. Des stries opaques nombreuses, situées vers la circonférence de la lentille, ne gêneront point la vision, tandis que s'il y en a quelques-unes dans le centre, soit en avant, soit en arrière, les objets seront fort mal perçus, ou même disparaîtront tout à fait. On remarquera cependant qu'il est des cas de cataractes dures dans lesquels le cristallin ne perd point complètement sa transparence, même au centre où il est le plus trouble, et le malade conserve la faculté de voir de près des objets même très-petits. C'est un cas qu'on retrouve fréquemment dans la pratique et qui pourrait paraître exceptionnel, par ce motif que tous les caractères physiques de la cataracte existant, il est difficile de s'expliquer comment la vision peut continuer de s'accomplir.

Mouches volantes. Au commencement de la cataracte, le malade voit assez souvent voltiger dans l'air des corpuscules de forme et de couleur variables (fils, cheveux, flocons de neige ou de laine, etc.), qui ne sont le plus souvent que des symptômes de congestion vers l'œil. J'ai connu plusieurs sujets âgés, atteints de cataractes lenticulaires commençantes, qui apercevaient des mouches volantes, des étincelles, après des écarts de régime, ou même après le dîner ordinaire. Ces phénomènes revenaient chez deux d'entre eux pendant des accès de toux. On a pensé encore, mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi, que les mouches volantes peuvent être dues à la présence de corpuscules dans l'humeur de Morgagni, etc. Lorsque la cataracte est plus avancée, cette complication disparaît.

Etiologie de la cataracte en général.

Les causes de la cataracte sont entourées pour la plupart d'une impénétrable obscurité, bien qu'elle puisse se développer depuis la vie fœtale jusqu'à la vieillesse la plus avancée. Les hypothèses n'ont pas manqué pour donner l'explication de ce phénomène ; mais il est difficile de les soutenir lorsqu'au lit du malade on pèse à leur juste valeur les théories sur lesquelles elles reposent. La cataracte frappe le plus souvent les vieillards. Est-ce donc à l'âge qu'il faut attribuer chez eux la maladie ? n'y a-t-il point une cause directe, et cette cause quelle est-elle ? C'est là, je le répète, un point fort obscur. L'âge, le sexe, l'hérédité, les professions, le climat, les abus de toute sorte, ont été rangés parmi les *causes prédisposantes* à cette maladie : nous examinerons quelle en est la valeur. Parmi les causes occasionnelles, on trouve les lésions directes et les inflammations internes de l'œil.

Causes prédisposantes. 1° *Age.* Il est incontestable que les vieillards sont plus fréquemment atteints de cataracte que les jeunes gens. L'opacité du cristallin, dit-on, est le résultat de l'oblitération naturelle et sénile des capillaires et de l'épaississement des humeurs, etc., etc. Mais s'il en est ainsi, quelle serait la cause de la cataracte congénitale? Evidemment elle est tout aussi inconnue que celle qui frappe l'homme dans sa vieillesse. Il est hors de doute que l'arrangement moléculaire du cristallin cataracté, aux deux extrémités de la vie, ne se ressemble point; mais quelle est la cause de cette différence? c'est là un problème qui est loin d'être résolu. Chez l'enfant cataracté, le cristallin est toujours mou; il a le même aspect chez l'adulte, lorsqu'une blessure a frappé la lentille. La cataracte du vieillard est le plus souvent molle aussi; mais assez fréquemment elle prend une consistance cornée qu'on ne retrouve pas dans les périodes moins avancées de la vie. Encore une fois, pourquoi ces différences?

2° *Sexe. Constitution.* On pense assez généralement que les individus robustes sont plus fréquemment atteints de cataracte que les autres. Les statistiques, du moins, paraissent établir ce fait que semblerait détruire mon expérience personnelle. Je n'ai point vu, en effet, que des sujets d'une mauvaise constitution fussent plus que d'autres à l'abri de cette triste infirmité. Les femmes y sont aussi sujettes que les hommes.

On admet généralement que les constitutions scrofuleuses, rhumatismales, goutteuses, le vice syphilitique, produisent la cataracte; on a cru encore que la suppression d'anciens ulcères, de cautères ou d'anciens écoulements, de même que la suspension d'un flux sanguin habituel, se rattachaient à l'apparition de cette infirmité. Chez ces individus, les émotions vives, comme la colère ou une joie subite excessive, ont paru, dans quelques cas, se lier à la formation de cette maladie; mais évidemment toutes les causes sont si éloignées, si secondaires, que nous ne saurions leur accorder une pareille influence.

3° *Hérédité.* Il est incontestable que la cataracte se transmet dans quelques familles; Janin a vu ce cas dans une famille composée de six individus. Maunoir vit la femme, le fils, le grand-père, l'oncle, la tante, plusieurs cousines du côté paternel, être atteints de cette maladie; Wardrop, Mackenzie, Middlemore, Travers, Sanson, Richter, rapportent des observations semblables. J'ai vu moi-même plusieurs fois des familles de cataractés chez lesquels l'opacité de la lentille était complète : dans un cas, à peu de distance de la naissance; dans d'autres cas, au contraire, entre la vingt-cinquième et la trentième année.

Une remarque que j'ai faite deux fois, dans deux familles différentes, c'est la naissance de plusieurs enfants cataractés d'individus chez lesquels le cristallin avait toujours présenté sa pureté normale. Aucun des grands parents de ces enfants n'avait été atteint de cette maladie. Qui pourrait donner le mot de ces énigmes ?

4° *Profession.* Si l'on en croit la plupart des auteurs, certaines professions joueraient un rôle important dans la production de la cataracte. Ces professions seraient surtout celles dans lesquelles l'œil est soumis à l'action d'une lumière intense : les forgerons, les verriers, les émailleurs, les horlogers, les bijoutiers, les peintres en miniature : en général, tous ceux qui travaillent sur de petits objets, à l'œil nu, ou à l'aide d'une loupe, sembleraient être plus exposés que d'autres à la cataracte.

C'est là pour nous une observation absolument controuvée. Nous n'avons point vu que ces professions exerçassent une influence réelle sur la transparence du cristallin. On cite des cas, il est vrai, dans lesquels la cataracte s'est formée immédiatement au moment où l'œil se trouvait en rapport avec une lumière intense ; mais d'abord ces faits sont exceptionnels, et rien ne prouve d'ailleurs que l'opacité du cristallin ne préexistait point, au moins jusqu'à de certaines limites. On pourrait admettre même que la cataracte était peut-être depuis longtemps complète et que l'accident qui est venu frapper l'œil sain pour un moment a attiré accidentellement l'attention sur celui qui était malade. Ne voit-on pas tous les jours des individus qui ont perdu un œil depuis longtemps et qui ne s'en aperçoivent que fortuitement ?

5° *Climat.* On admet généralement que le climat exerce une influence réelle sur la formation de la cataracte et que cette maladie est plus fréquente dans le Nord que dans le Midi ; il paraîtrait même, au dire de M. Rognetta, dire contraire à celui de M. Martins, membre de la Commission scientifique du Nord, que les oculistes voyageurs exploitent avec plus de profit les climats froids (1). Cette remarque n'est vraie toutefois que dans certaines limites, car si l'on en croit Mackenzie (2), les habitants des pays volcaniques, comme Naples et la Sicile, y seraient très-sujets. Personne n'ignore non plus combien cette affection est fréquente en Orient, et en particulier dans l'Egypte. D'un autre côté, M. Furnari affirme qu'elle est fort rare en Afrique (3).

(1) Rognetta, *Traité d'Ophthalmologie*, p. 574.
(2) Mackenzie, p. 514.
(3) Furnari, *Voyage dans l'Afrique*, p. 105-114.

Causes occasionnelles. 1° *Lésions traumatiques.* Cette cause produit fréquemment la cataracte : les piqûres, les contusions violentes directes ou par contre-coup, doivent être rangées parmi les causes occasionnelles les plus actives.

2° *Inflammations internes.* Ces causes agissent le plus ordinairement sur la capsule du cristallin; ce n'est que plus tard que ce corps lui-même devient opaque. Cette variété de cataracte capsulo-lenticulaire est ordinairement accompagnée d'adhérences entre l'iris et la capsule (synéchies postérieures), et même d'accidents plus graves, comme la choroïdite, l'amaurose, etc.

Marche de la cataracte en général. — Elle varie singulièrement et selon une foule de causes qui sont pour la plupart fort obscures. Chez tel individu, l'opacité du cristallin sera complète en quelques jours, en quelques heures, ou même subitement, tandis que chez tel autre elle ne se complètera qu'après deux, trois, quatre, huit années, ou même demeurera stationnaire indéfiniment. Si l'on en croit Demours, deux ans suffiraient pour que la cataracte devînt complète ; rien n'est pourtant moins fondé que cette assertion. Si la cataracte est molle, si des stries nombreuses déjà parcourent le cristallin et ont presque atteint son centre, il est permis de croire, sans toutefois fixer des limites précises, que la lentille sera bientôt opaque dans toute son étendue. Mais que la cataracte soit dure, que son centre soit plus opaque, qu'il n'y ait point de stries dans la substance corticale, on devra s'attendre à voir la cataracte marcher avec une extrême lenteur ; aussi le praticien devra-t-il être réservé sur le pronostic.

Lorsque la cataracte a frappé plus particulièrement la capsule, comme cela arrive à la suite de l'inflammation de cette membrane ou de l'iris, la tache ne fait aucun progrès si la phlogose qui l'a produite est éteinte, circonstance dont il est toujours facile de se rendre compte.

La cataracte marche ordinairement plus vite dans un œil que dans l'autre; quelquefois elle est complète d'un côté tandis que l'autre cristallin est encore parfaitement pur. Si la cataracte capsulaire frappe un seul œil, la lenticulaire au contraire atteint généralement les deux : tantôt simultanément, quoique à des degrés différents ; tantôt l'un après l'autre, à des intervalles très-rapprochés ou très-éloignés : il n'y a point de règle à établir à cet égard.

Pronostic de la cataracte en général. — Il est fondé sur l'espèce de cataracte, sur l'absence ou la présence de complications sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus loin. Lorsque la cataracte est simple et encore peu avancée, le praticien se fon-

dera sur l'étude des caractères anatomiques de la tache cristalline pour se prononcer sur l'époque à laquelle celle-ci sera complète. Il devra, dans tous les cas, ne rien préciser d'une manière absolue. Le pronostic dont nous nous occupons ici se rapporte plus particulièrement à ce qu'on appelle dans le monde la maturité de la cataracte. Nous rappellerons qu'il ne s'agit point en ceci de la cataracte capsulaire simple, dans laquelle la tache, une fois formée, n'augmente plus et diminue même par les progrès de la résorption.

Division des cataractes. — On a divisé, depuis Beer, les cataractes en *vraies et fausses :* nous conserverons cette division qui ne nous paraît point présenter les inconvénients que quelques auteurs ont cru y trouver. Parmi les cataractes vraies, nous placerons celles dont le siége est dans le cristallin et sa capsule isolément ou simultanément ; nous trouverons là les cataractes lenticulaires, dures, molles, liquides, les cataractes capsulaires, et enfin les cataractes capsulo-lenticulaires primitives ou secondaires à l'opération. Parmi les cataractes fausses, nous rangerons les opacités siégeant dans la pupille et formées par l'organisation de substance fibrineuse purulente ou sanguine. Nous y placerons aussi la cataracte pigmenteuse ou uvéenne. Cette division n'exclut donc point la classification des cataractes selon leur siége, ainsi qu'on l'a prétendu. Une fausse cataracte n'en est pas une, dit-on ; mais évidemment ce n'est là qu'une affaire de mots, puisqu'en définitive l'opacité siége dans la pupille et s'oppose à l'accomplissement de la vision. Le tableau suivant donnera une idée exacte de la division que nous croyons devoir adopter.

CLASSE I. — CATARACTES VRAIES.

A. CATARACTES LENTICULAIRES.	DURES.	vertes. grises. noires. osseuses, pierreuses, plâtreuses.
	MOLLES.	striées, fenêtrées. barrées à trois branches, etc. déhiscentes. disséminées. congénitales. traumatiques. glaucomateuses.
	LIQUIDES.	morgagniennes ou interstitielles. cystiques. purulentes, fétides.
	Autres variétés de la cataracte lenticulaire molle, dure ou liquide.	cataracte branlante ou flottante. — luxée.

B. CATARACTES CAPSULAIRES.	antérieures. postérieures. pyramidales ou végétantes. arides siliqueuses.
C. CATARACTES CAPSULO-LENTICULAIRES.	
D. CATARACTES SECONDAIRES.	membraneuses (1re variété). capsulo-lenticulaires (2e variété). lenticulaires (3e variété).

CLASSE II. — CATARACTES FAUSSES.

Cataracte fibrineuse ou purulente (hypopyon organisé dans la pupille).
— sanguine.
— pigmenteuse.

Cette division présente, selon nous, non-seulement l'avantage d'établir une ligne de démarcation de la cataracte sous le rapport de son siége, mais encore d'indiquer les différences qu'elle offre sous le rapport de sa densité. Nous aurons trop de fois l'occasion d'insister sur la valeur de ce dernier caractère, dans la suite de ce travail, pour nous en occuper plus longtemps ici.

Classe I. — Cataractes vraies.

A. *Cataractes lenticulaires.* — Elles présentent trois grandes divisions très-importantes sous le rapport de leur densité, et qui méritent d'autant mieux d'être connues, que c'est sur elles qu'on fonde en grande partie le choix du procédé opératoire. Nous avons déjà vu, dans le tableau qui précède, que la cataracte lenticulaire est *dure*, *molle* ou *liquide*. Il est inutile de faire remarquer qu'il existe des degrés de consistance intermédiaires, et qu'ici nous nous bornons à décrire le type de chacune de ces trois variétés.

La cataracte lenticulaire ne prend pas toujours les mêmes formes à chaque période de la vie. Chez l'enfant, elle est toujours molle, gélatineuse, de couleur laiteuse, caractère très-prononcé dans la cataracte congénitale. La cataracte traumatique présente, avec une consistance un peu plus grande, des caractères physiques analogues. La lenticulaire du vieillard est différente : le plus souvent il est atteint de la cataracte molle striée que nous décrirons plus bas. C'est sur lui qu'on observe la cataracte dure. L'enfant et l'adulte n'en présentent jamais d'exemples. Les cataractes vertes, grises et noires, appartiennent encore aux vieillards. Je n'ai jamais vu de cataracte liquide sur des enfants ; elles sont assez communes chez les personnes âgées et chez les adultes.

1° *Cataractes lenticulaires dures. — Caractères anatomiques. Début.* C'est par le centre du noyau du cristallin que l'opacité commence dans la cataracte lenticulaire dure ; peu à peu la tache

augmente en s'étendant vers la circonférence. Cette tache est de couleur foncée, terne, et est traversée vers son pourtour par quelques rayons lumineux ; elle varie pour la couleur : tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, elle est d'un gris particulier ; tantôt, au contraire, elle est d'un jaune-verdâtre ; enfin, elle est quelquefois brune ou noir foncé. Il est à remarquer que plus la couleur de la cataracte s'éloigne du blanc, plus elle est dure.

La cataracte dure *accomplie* offre les mêmes caractères à un plus haut degré ; toujours le centre est plus opaque que la circonférence. Le volume du cristallin a diminué ; on s'en rend compte aisément par l'agrandissement de la chambre postérieure dans laquelle *l'ombre portée* par l'iris sur la cataracte est très-grande. On reconnaît facilement que cette ombre siége sur une surface aplatie ; preuve évidente que la densité de la lentille a augmenté. Dans les cataractes molles, le cristallin offre une grande convexité.

L'*iris* a toute sa liberté ; ses mouvements sont rapides : s'il est légèrement poussé en avant, comme cela se voit chez les vieillards, ce n'est point la cataracte qui lui donne cette forme.

Le *cercle uvéen*, qui borde la pupille dans sa marge, ne se reconnaît qu'avec une certaine difficulté à cause de la couleur foncée de la lentille.

Caractères physiologiques. Rarement les malades sont absolument aveugles ; presque toujours ils conservent la faculté de voir de très-près des objets d'un assez petit volume. A un demi-jour, leur pupille se dilatant largement, les couches périphériques du cristallin, qui ont conservé une demi-transparence, sont traversées par la lumière, et la vision se fait assez bien.

Marche, pronostic. La marche est ordinairement très-lente ; de toutes les cataractes lenticulaires, c'est celle qui progresse avec le moins de rapidité, surtout lorsque les caractères de la dureté sont bien marqués. Il en est autrement lorsque la surface de la lentille offre quelques-uns des signes du ramollissement, c'est-à-dire lorsqu'elle présente des stries ou des lignes qui se dirigent de la circonférence au centre. On doit s'attendre, en opérant une semblable cataracte, à trouver un noyau dur, environné de substance corticale ramollie. Le pronostic, dans le cas où la cataracte offre ces caractères, doit être réservé, en ce sens que l'opacité devient complète beaucoup plus tôt. Si au contraire les symptômes qui indiquent la densité du cristallin sont franchement dessinés, on pourra hardiment avancer que la cataracte ne sera pas complète avant plusieurs années.

(*La suite à un prochain numéro.*)

15. *Mémoire sur les divers états pathologiques connus généralement sous le nom de taches de la cornée;* par le docteur MAGNE, ancien élève particulier de Sanson, oculiste du bureau de bienfaisance du premier arrondissement, membre de la Société médicale du même arrondissement, professeur particulier de médecine et de chirurgie oculaires.

(Gazette médicale de Paris, N° 49, 1845.)

Il y a environ deux ans, M. Malgaigne adressait à l'Académie des sciences une note relative à l'*abrasion* de la cornée : des récriminations surgirent, qui reprochèrent à ce chirurgien de n'avoir point mentionné les essais tentés depuis un siècle par quelques oculistes français et étrangers. Je crus devoir intervenir dans la discussion et j'essayai d'y apporter quelques éclaircissements. Il me semblait que la question de priorité, d'une importance secondaire, devait faire place à la question de savoir si l'abrasion de la cornée est une opération destinée à rendre des services réels, et, ce premier fait admis, quels sont les cas où elle doit réussir, quels sont ceux, au contraire, où elle serait superflue et même nuisible. L'opération dont M. Malgaigne se croyait l'inventeur a pour but de détruire les opacités que ce chirurgien s'était contenté de désigner sous la dénomination générale de *taches de la cornée* ; de son côté, M. Desmarres se bornait à employer, pour indiquer ces taches, le nom de *leucoma*. Il est de fait que l'abrasion de la cornée ne saurait être appliquée à la cure de toutes les opacités auxquelles cette membrane est exposée. Entendons-nous d'abord sur les mots, disais-je, et nous serons vite d'accord sur la chose. Qui ne sait en effet que les taches de la cornée sont diverses et par leur nature et par la thérapeutique qu'elles réclament ? Les maladies des yeux sont fort nombreuses, mais les noms qui les désignent constituent un vocabulaire bien autrement multiplié; et s'il est vrai que la nomenclature ophthalmologique « annonçait le trop grand loisir des médecins oculistes d'Alexandrie et de Rome, qui se firent une sorte de jeu de les diviser et subdiviser à l'infini, et de donner ensuite aux variétés les plus minces des noms qui doivent être réservés aux genres, ou tout au plus aux espèces ; » si cette même liste alla toujours croissant depuis Hippocrate jusqu'à Galien, époque à laquelle elle parut être fixée, du moins pour quelques siècles, que dire de cette nuée de mots barbares qui envahissent le champ de l'oculistique en se multipliant sans cesse ? N'y a-t-il pas de quoi rebuter les plus courageux, les mieux intentionnés ? Et comment les jeunes gens qui abordent une science si difficile déjà en

elle-même pourraient-ils se reconnaître dans ce déluge de mots : nuage, nephelion, achlys, nebula, nubecula, œgis, albugo, taie, perle, margarita, paralampsis, leucoma, oule, obscurcissement purulent, onix exsiccatus, obscurcissement sanguin, cercle sénile, arcus senilis, gerontoxon, macula arcuata, tache, obscurationes corneæ, maculæ corneæ, obscuratio nubeculosa, obscuratio leucomatosa, leucoma cretaceum, macula margaritacea, etc. ?

Toute cette kyrielle a été entassée pour indiquer l'opacité d'un point quelconque de la cornée, et l'on conçoit que ce labyrinthe n'offre point d'issue pour les élèves, puisque les maîtres eux-mêmes sont souvent embarrassés d'y trouver leur chemin. Les expressions de leucoma et d'albugo, choisies dans le principe pour désigner les taies de la cornée, n'offrent entre elles qu'une différence d'origine : l'une est grecque, l'autre est latine. Synonymes toutes deux de blancheur ou, si l'on veut, de tache blanche, il serait impossible d'en étendre davantage la signification ; et cependant les taches blanches susceptibles de changer la transparence de la cornée ne sont pas toutes de même nature. Lorsqu'il s'est agi de distinguer celles qui résultent d'une cicatrice et celles qui sont dues à la présence de sérosité épaissie (et cette distinction ne dut pas se faire dès l'origine), les écrivains appelaient *cicatrice* la fossette blanchâtre consécutive aux ulcérations de la cornée ; quant aux dépôts séreux, on les décrivit sous la dénomination d'*albugo* ou de *leucoma*, suivant que l'on était latin ou grec. En somme, il ne serait pas dépourvu d'intérêt de chercher à connaître l'historique de ces expressions dont le sens n'offre en réalité qu'une différence d'origine, différence souvent incomprise : c'est ainsi que les épanchements reçurent et reçoivent des uns le nom d'*albugos*, tandis que pour d'autres ils furent et ils sont des *leucomas*, et *vice versâ*.

De cette longue revue rétrospective, il résulterait que la confusion des idées nous est souvent venue de la confusion des mots ; involontairement, l'esprit se reporte à ces quarante et quelques divisions d'ophthalmies, bâties, il y a quelques années, à côté de leurs sœurs les amauroses, et qui semblent se disputer l'honneur de faire revivre l'énigme du sphinx. Ce n'est pas la première fois que je m'appesantis sur ce sujet : ce ne sera probablement pas la dernière ; car je considère comme extrêmement important de signaler la méthode vicieuse de certains auteurs, et je serais volontiers tenté de m'écrier avec Ambroise Paré : « Vous prie, si vous avez l'ame bonne, de vouloir (pour le public) revoir et corriger vostre livre, le plus tost que vous

pourrez, pour ne tenir les ieunes chirurgiens en cest erreur par la lecture d'iceluy ! »

Quels sont en réalité les divers états pathologiques qui ont donné naissance au dénombrement que j'ai transcrit plus haut? Je crois qu'il est facile de les réduire à trois catégories bien distinctes. La cornée peut être en effet troublée par une tache blanchâtre, de trois manières :

1° Par un épaississement de sérosité ou de pus entre les lames, état auquel on peut donner indifféremment le nom de *taie*, d'*albugo*, de *tache* ou de *leucoma;*

2° Par la cicatrice d'un ulcère ou *cicatrice* ;

3° Par un défaut de nutrition ou *cercle sénile*.

Les épanchements interlamellaires séreux ou purulents ne sont pas les seules infiltrations susceptibles d'altérer la transparence cornéale ; une contusion de l'œil, une inflammation vive de la cornée, peuvent amener entre les lames de cette membrane un afflux de sang qui s'oppose au passage des rayons lumineux. Mais mon intention n'est pas de donner ici un traité de la kératite, et d'ailleurs la durée momentanée de ces sortes d'épanchements n'a aucun rapport avec la durée persistante et avec la couleur des taches occasionnées par la sérosité épaissie, par une cicatrice ou par le cercle sénile : je m'en tiens donc à ces trois sortes de *leucoma* que je me propose de décrire successivement.

I. — *Epanchements séreux interlamellaires assez généralement désignés par le nom de taies.*

Cet état reconnaît presque toujours pour cause une inflammation préalable de la cornée. Personne n'ignore combien cette membrane est prédisposée à s'infiltrer de sérosité : sous l'influence de la kératite, les vaisseaux capillaires exhalent une sécrétion de lymphe plastique qui peut disparaître avec l'inflammation, mais qui souvent persiste et constitue un état pathologique spécial. Certains chirurgiens, et entre autres Scarpa, prétendent que cette maladie est toujours le produit d'une ophthalmie aiguë ; cette assertion est inexacte : il n'est pas d'oculiste qui n'ait eu occasion d'observer des taies (albugo ou leucoma) développées, sans cause connue, chez les scrofuleux, chez certaines personnes atteintes de syphilis ou de dartres. J'ai vu pour mon compte les taches de la cornée se manifester et croître sous mes yeux chez un malade atteint de syphilis et dont l'œil ne portait aucune trace d'inflammation. Le plus souvent, c'est brusquement que les albugos se dessinent, quand ils apparaissent sans l'accompagnement du cortége inflammatoire : on cite des personnes chez

lesquelles la cornée s'est couverte de la sorte en une nuit. Mais c'est surtout la constitution lymphatique qui prédispose aux épanchements séreux interlamellaires précédés ou exempts de kératite et de conjonctivite.

La cornée étant composée de plusieurs lames réunies entre elles à l'aide de filaments, il s'ensuit que les taies sont susceptibles d'occuper toutes les parties de l'épaisseur de cette membrane : les auteurs sont d'accord à ce sujet. Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de savoir si ces exsudations peuvent siéger dans la lamelle subtile de la conjonctive qui revêt la cornée antérieurement. Scarpa reconnaît l'existence de ces taches, et il les regarde comme l'effusion d'une sérosité terne et laiteuse produite par une ophthalmie chronique et lente accompagnée de varices des veines de la conjonctive. Tel n'est pas l'avis de MM. Bégin et Fournier, traducteurs de l'œuvre de Scarpa : suivant eux, la conjonctive ne passe point au-devant de la cornée, et c'est dans les lames les plus superficielles de cette dernière qu'auraient lieu les épanchements décrits par le professeur de Pavie. MM. Bégin et Fournier s'appuient de l'autorité de M. Ribes, anatomiste aussi exact que savant et habile, pour rejeter le fait du passage de la conjonctive sur la cornée. Cette opinion a été aussi partagée par MM. Eble et Stachowius. La plupart des anatomistes sont aujourd'hui d'un avis opposé et auquel il me paraît difficile de ne pas se rendre. En effet, il existe certain vice de conformation dans lequel la conjonctive se prolonge sur une portion de la membrane qui complète en avant la coque extérieure de l'œil ; en outre, et ceci est concluant, on peut se convaincre, à l'aide d'une dissection attentive, que cette coque est tapissée superficiellement par un prolongement conjonctival ; et cette disposition anatomique deviendra d'autant plus manifeste que l'œil soumis à l'observation aura subi une macération plus prolongée : c'est le résultat des dissections du professeur Cruveilhier et de M. Giraldès, qui a émis une opinion semblable dans son remarquable travail sur *l'organisation de l'œil chez l'homme et dans quelques animaux.*

Les exsudations séreuses et interstitielles, si profondément qu'elles soient situées, offrent un diagnostic assez facile pour un œil exercé. Elles se présentent sous l'aspect de taches d'un blanc tantôt bleuâtre ou grisâtre, tantôt jaunâtre, souvent entièrement mat. Bien que plus épaisses au centre qu'à la circonférence, ces opacités ne vont pas décroissant par degrés ; les bords en sont au contraire bien arrêtés et tranchent sur la couleur du reste de la cornée. Tantôt ovales, tantôt circulaires, d'autres fois

d'une forme indéterminée, elles paraissent la plupart du temps isolées de tout vaisseau; il arrive cependant de distinguer manifestement des ramifications vasculaires assez volumineuses qui pénètrent dans l'épaisseur du dépôt blanchâtre. Suivant M. Velpeau, l'existence de ces vaisseaux est imaginaire, et il serait disposé à penser que l'on a confondu, dans ces cas, un ulcère superficiel avec le simple nubécule; c'est du moins ce qu'a écrit M. Jeanselme. Bien que M. le professeur Velpeau soit toujours disposé à ravir aux oculistes leur bagage scientifique, je ne saurais admettre qu'il les croie capables d'une erreur aussi grossière; d'ailleurs, le fait de la pénétration d'une taie par un vaisseau, établi par Scarpa, ne saurait être contesté : il est donc probable que la faute qui vient d'être mentionnée retombe tout entière sur l'élève se donnant à tort pour l'interprète du maître. Travers a émis une opinion opposée à celle de M. Velpeau, quand il a dit que les vaisseaux développés sur la cornée sont *toujours* accompagnés d'une teinte opaline. C'est être par trop exclusif, comme le fait sagement remarquer M. Tavignot dans ses *Etudes cliniques sur les maladies de la cornée*, études qu'il a su rendre fort intéressantes, malgré ses nombreuses divisions, que, dans l'intérêt de l'oculiste, je suis à regret forcé de blâmer.

Quoique les leucomas puissent exister sur tous les points de la cornée, ils semblent avoir une prédilection marquée pour le centre, juste en face de la pupille : c'est du moins le résultat des cas nombreux que j'ai eu à remarquer tant à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié que dans ma pratique particulière.

On conçoit quelles doivent être les conséquences de cette position : si la tache occupe une étendue plus grande que celle de la marge pupillaire, la vue est abolie; si le diamètre de la pupille l'emporte sur celui du point opaque, la vision ne s'opérera que de côté et disposera au strabisme. On comprend aussi facilement qu'une tache correspondant à un seul point de la pupille, le passage des rayons lumineux sera obstrué en ce point seulement, et que la vision ne sera pas compromise dans les cas où l'albugo occupera la circonférence de la cornée, la portion de cette membrane qui répond à l'espace pupillaire demeurant transparente. Malheureusement cette dernière circonstance est rare : il arrive plus souvent de voir la cornée entière envahie par un albugo ou par plusieurs à la fois.

On aurait tort de penser que la gravité d'un albugo dépend toujours de la profondeur de son siége et de l'espace qu'il occupe; il n'en est pas ainsi : une tache large comme une tête d'épingle apporte souvent plus d'obstacle à la vision qu'une autre qui

aurait plusieurs fois cette dimension : il est donc important de tenir compte de l'épaisseur. Souvent l'albugo a si peu de consistance, que c'est à peine si le malade accuse la gêne causée par une fumée légère ; chez d'autres, la fumée prend déjà l'aspect du brouillard ; à un degré plus avancé, ce sera un nubécule ; c'est un nuage si le liquide épanché a une certaine épaisseur, ou enfin une cécité complète et d'autant plus difficile à guérir que la matière extravasée aura pu revêtir les caractères d'une fausse membrane. Il en sera de même toutes les fois qu'un dépôt purulent dans le principe se sera desséché et comme concrété. A la rigueur, cette variété de taie appartient plutôt aux cicatrices cornéales, car le plus souvent elle est causée par un abcès dont l'ouverture a été trop étroite pour livrer passage au pus ; aussi ai-je renvoyé à l'article *Cicatrice* ce qui est relatif au *leucoma cretaceum.*

La gravité des taies dépend donc de leur étendue, de leur siége et de leur épaisseur ; j'ajouterai que le pronostic de cette affection, sujette d'ailleurs à récidive, est toujours plus défavorable chez les adultes et les vieillards que chez les enfants.

Les opacités qui, à la première inspection, pourraient jusqu'à un certain point être confondues avec celles qui nous occupent, sont au nombre de neuf. La cataracte, les pseudo-membranes iritiques, l'hypopion, les abcès, les papules, les plaques osseuses, les ulcères, les cicatrices et le cercle sénile. 1° La cataracte siége beaucoup plus profondément que l'épanchement cornéen ; il existe entre ces deux opacités tout l'espace occupé par la chambre antérieure. Si le chirurgien examine l'œil de côté, il distinguera facilement la place occupée par le point blanchâtre ; c'est aussi dans cette position qu'il pourra reconnaître si le leucoma occupe la superficie ou les lames postérieures de la cornée. 2° Les pseudo-membranes iritiques, outre qu'elles existent aussi à une grande distance de la cornée, sont accompagnées d'une déformation de la pupille et d'un changement de couleur de l'iris. 3° L'hypopion , en admettant que sa couleur jaunâtre ne le différencie pas suffisamment de certaines taies, se reconnaît à ce que, d'une pesanteur spécifique plus grande que l'humeur aqueuse, il occupe toujours la partie inférieure de la cornée ; quelques secousses imprimées à l'œil indiqueraient d'ailleurs un liquide flottant. 4° Les abcès interlamellaires se montrent souvent sous forme de petites saillies de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis, et si cette saillie, qu'on remarque quelquefois, mais beaucoup moins prononcée, dans les infiltrations séreuses, si cette saillie, dis-je, n'existe pas,

le cortége inflammatoire qui précède et accompagne les abcès fera éviter de les confondre avec une taie. 5° Les papules, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, ne dépassent pas le point d'union de la sclérotique à la cornée ; elles offrent encore comme caractères distinctifs, de l'élévation, une couleur d'un brun-roussâtre, très-peu de persistance et une tendance à l'ulcération. 6° Les plaques osseuses résultent toujours d'un défaut de nutrition et ne se rencontrent guère que chez les vieillards : les lames entre lesquelles elles se développent sont nécessairement soulevées. 7° et 8° Les ulcères et les cicatrices sont toujours reconnaissables à une dépression cupuliforme plus ou moins prononcée, de couleur grise ou rougeâtre pour les premiers, de couleur blanchâtre chez les secondes. 9° Le cercle sénile, partage presque exclusif de la vieillesse, offre de plus par sa forme annulaire un caractère toujours distinct.

Nous avons dit que les taies se développent le plus souvent sous l'influence d'une violente ophthalmie ; nous avons ajouté qu'on les voyait aussi survenir sans cause connue et sans la plus petite injection des membranes oculaires : de là nécessairement des différences dans le traitement. Toutes les fois que le chirurgien est appelé au début d'un épanchement interlamellaire provoqué par une kératite, c'est contre cette inflammation que les ressources thérapeutiqnes doivent être dirigées, et il n'est pas rare de faire céder l'albugo en même temps que la phlogose oculaire. Cette terminaison s'observe particulièrement chez les jeunes sujets ; elle est due, sans aucun doute, à l'activité de leur système absorbant : je compte plusieurs guérisons de ce genre, et j'en citerai un exemple bien remarquable. — J'ai donné des soins, il y a trois ou quatre ans, à une jeune enfant, Mlle P . . . , passage Saint-Pierre. Cette jeune fille, d'une constitution éminemment lymphatique, était atteinte, quand je la vis pour la première fois, d'une kératite vasculaire très-intense, avec infiltration interlamellaire d'un blanc laiteux et de 6 millimètres de diamètre, située au centre de la cornée gauche ; la vision était complètement abolie de ce côté. Sous l'influence d'une médication antiphlogistique et des amers, il ne restait plus, après trois semaines de traitement, qu'un point opaque de la largeur tout au plus d'un grain de mil ; l'enfant pouvait lire avec cet œil quand le jour n'était pas trop éclatant : en deux mois, toute trace d'opacité avait complètement disparu, et actuellement que plusieurs années se sont écoulées, il est impossible de reconnaître lequel des deux yeux a été affecté. Du reste, ici comme toujours, plus le mal est ancien, plus il est rebelle. Quand l'inflammation a

disparu et que la tache persiste (c'est un cas assez ordinaire), je ne crois pas qu'on doive, comme on l'a conseillé, avoir recours aux antiphlogistiques ; je n'ai jamais remarqué qu'ils fussent alors de quelque secours : je les jugerais même nuisibles le plus souvent, puisque nous avons signalé l'enfance et la constitution lymphatique parmi les causes prédisposantes, et que les évacuations sanguines sont nécessairement contre-indiquées chez de pareils sujets, sauf les cas d'inflammation assez violente. Les exutoires appliqués le plus près possible du mal et non pas au bras, comme on en a contracté la fâcheuse routine, jouissent d'une action très-favorable. Sans doute on ne les emploiera pas à l'exclusion d'un traitement approprié aux scrofules, à la syphilis, au vice dartreux, si ces divers états sont pour quelque chose dans la maladie dont nous parlons. J'ai toujours eu à me louer, chez les enfants, de frictions faites derrière les oreilles et le cou avec la pommade d'Autenrieth ; j'en use de préférence aux vésicatoires, aux cautères et aux sétons, que je réserve pour les adultes et dont l'efficacité est puissante. Les purgatifs répétés à distance, quand l'état du tube digestif en permet l'usage, établissent aussi une dérivation très-favorable.

Mais c'est surtout la médication topique qui a préoccupé les anciens, et même les modernes, dans le but de faire disparaître les taches de la cornée. On ne saurait se faire une idée du nombre des substances expérimentées à ce sujet, soit en collyres secs ou liquides, soit en pommades, soit en liminents. Weller, lorsqu'il expose trente-deux formules empruntées aux auteurs, ne donne qu'un faible échantillon de toutes les préparations composées à l'infini, dont on a tenté l'essai depuis des siècles. Il est vrai de dire qu'il est facile de réduire à deux les effets de cette prodigieuse pharmacopée : l'action résolutive d'une part ; de l'autre, une excitation tendant à activer la vitalité des vaisseaux absorbants. Les anciens, Pline nous l'apprend, choisissaient généralement leurs topiques parmi les excitants, tels que les fiels de barbeau, de brebis, de brochet ; plus tard, on eut recours à l'huile obtenue à l'aide de linge brûlé ; et, de nos jours, l'huile de foie de morue a été et est encore en vogue. Lorsqu'il s'agit de détruire des taies peu consistantes, Sanson en recommandait l'usage. Parmi les collyres liquides les plus répandus, je crois devoir citer ceux qui suivent :

Collyre de Weller.

Pr. : Vin stibié.	40	grammes.
Laudanum de Sydenham. . . .	10	—
Teinture d'aloès.	5	—

Le laudanum de Sydenham coupé avec moitié eau pendant les premiers jours, et qui ensuite s'emploie pur.

L'acétate de plomb liquide dont on fait usage de la même manière.

On touche la taie une ou plusieurs fois par jour avec un pinceau imbibé de ces substances, ou encore on en insuffle quelques gouttes entre les paupières. Mais le collyre à l'azotate d'argent est sans contredit de tous le plus efficace quand la teinte opaline est accompagnée de kératite ou de kérato-conjonctivite. La dose de ce sel cristallisé varie depuis 5 jusqu'à 10 centig. par 30 gr. d'eau distillée. Rarement, quoi qu'on en ait dit, il est nécessaire de concentrer davantage la solution. Les instillations de ce collyre doivent être souvent répétées dans la journée ; mais, pour en accélerer l'action, il est indispensable de clore la paupière à l'aide d'une simple bande de toile. Dans ces derniers temps, les collyres secs semblent être prescrits de préférence. Dupuytren formulait le plus souvent un collyre composé de parties égales de luthie préparée, de calomel à la vapeur et de sucre candi ; les paupières étant écartées, on souffle sur la cornée, tous les jours ou tous les deux jours, une pincée de ce collyre réduit en poudre impalpable. M. Cloquet se sert avec avantage de la poudre d'oxyde de bismuth. Il est toutefois essentiel de savoir que tous ces agents perdent en peu de temps leur action ; il sera donc utile de ne pas en prolonger l'usage, sous peine de les voir complètement inefficaces. J'ai l'habitude de prescrire à la fois l'huile de foie de morue, le laudanum de Sydenham et le collyre de Dupuytren ; chacun de ces médicaments est abandonné tous les huit jours pour être repris plus tard : cette méthode m'a donné jusqu'ici des résultats qui m'encouragent à persévérer. On ne saurait nier que certaines taches de la cornée ne disparaissent assez promptement sous l'influence de la thérapeutique qui vient d'être esquissée ; mais, il ne faut pas se le dissimuler, c'est lentement, très-lentement que l'amélioration se manifeste la plupart du temps, et Fabini a dit avec raison : « Dans les cas les plus heureux, la transparence de la cornée ne se rétablit qu'à la longue d'une manière presque insensible, de sorte que la cure se fait attendre, non pas seulement pendant quelques mois, mais plutôt pendant des années. » Que de gens, en effet, portent des taches cornéales qui n'ont pas guéri faute de persévérance !

Chacun concevra aisément qu'il est important d'être bien fixé sur la place occupée par l'opacité, et que toute application topique serait pour le moins superflue lorsque l'on a affaire à un albugo situé dans les lames tout à fait postérieures de la cornée ;

le remède n'atteindrait plus le mal et pourrait entretenir sur les couches superficielles une excitation nuisible.

(La suite à un prochain numéro.)

VII. MALADIES MENTALES.

16. *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie ;* extrait d'un mémoire lu à l'Académie royale de médecine, le 2 décembre 1845, par F. Leuret, médecin en chef d'une section d'aliénés à l'hospice de Bicêtre, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 2, 1846.)

La confusion de tous les genres d'aliénation en une seule maladie a été cause de la plupart des discussions qui ont eu lieu récemment au sujet du traitement physique et du traitement moral de la folie. Plusieurs médecins se sont sérieusement demandé si l'un de ces genres de traitement mériterait d'avoir la préférence sur l'autre. Que répondre à cette question ? Une seule chose : c'est qu'on ne peut pas y répondre. En effet, demanderait-on si dans les affections de poitrine les antiphlogistiques doivent être préférés aux dérivatifs ? Aucun homme instruit en médecine ne ferait une semblable question ; et si un ignorant s'en avisait, on pourrait lui dire : Il y a des maladies de poitrine qui sont guéries par les antiphlogistiques ; il y en a d'autres qui sont guéries par les dérivatifs ; on en rencontre même qui sont guéries par ces deux ordres de médication, mais à la condition que, pour les employer, on tiendra compte de la nature, de l'intensité et de la durée des symptômes. Les maladies de poitrine, considérées en général, n'exigent exclusivement ni les dérivatifs ni les antiphlogistiques, mais chacune de ces maladies a besoin d'être bien distinguée de toutes les autres et d'être traitée par les moyens dont le raisonnement et l'expérience ont démontré l'efficacité.

Ainsi dans les affections mentales (car la connaissance des indications est la seule base d'une bonne thérapeutique ; et encore, dans les affections mentales, y a-t-il entre les symptômes une différence essentielle qui n'existe pas dans les maladies ordinaires) : ici tous les symptômes appartiennent à l'ordre physique ; là quelques-uns appartiennent à l'ordre physique, d'autres à l'ordre moral, et quelquefois ceux de l'ordre moral sont les seuls dont on puisse constater l'existence.

Deux exemples par lesquels je commencerai la série d'observations contenues dans ce mémoire me serviront à démontrer

l'importance qu'il faut attacher à la recherche des indications, et feront voir comment des maladies, en apparence analogues, ont dû cependant être traitées par des moyens différents. Dans les deux cas il s'agit de mères de famille portées au suicide; toutes les deux avaient des idées fausses, des conceptions délirantes, un profond désespoir. Des symptômes physiques existaient chez chacune d'elles; mais le point de départ en était différent : dans un cas, ils avaient précédé et occasionné le dérangement de la raison; dans l'autre, une disposition vicieuse de l'esprit, un très-grand abandon de la volonté, une condescendance habituelle à des caprices multipliés, avaient occasionné l'aberration mentale, et les symptômes physiques n'étaient que la conséquence de cette aberration. Le traitement curatif a consisté, chez la première malade, dans l'emploi des moyens physiques; chez la seconde, les moyens moraux ont été les véritables agents de la guérison.

Lypémanie ; cause de nature rhumatismale ; guérison opérée à l'aide de moyens physiques.

Obs. I. — Madame Elise est âgée de 54 ans, veuve, mère de deux enfants qu'elle aime beaucoup; elle n'a pas d'aliénés dans sa famille et a toujours joui d'une bonne santé. Sa vie a été occupée, mais sans fatigue. Madame Elise a éprouvé un grand chagrin : celui que lui a causé la perte de son mari. Elle a eu quelques contrariétés résultant de plusieurs procès qu'on lui a suscités; mais elle a supporté tout cela sans que sa raison en fût aucunement atteinte. Vers la fin du mois de mai 1845, elle fut saisie presque subitement par les idées les plus sinistres. Elle se trouva horriblement malheureuse, sans pouvoir s'expliquer à elle-même la cause de sa tristesse. Elle perdit le sommeil, et désespérant de retrouver son bonheur d'autrefois, elle fit des tentatives de suicide. Ayant entrepris un voyage qu'on lui avait conseillé dans l'intention de la distraire, elle fut tellement obsédée par l'idée de se donner la mort, qu'elle accourut à Paris se réfugier dans une maison de santé.

M. Récamier, M. Foville et moi, nous vîmes la malade, et après l'avoir bien examinée, après avoir entendu le récit de ses maux, après nous être assurés que toutes ses fonctions, sauf le sommeil, se faisaient bien, nous essayâmes de la calmer, de lui inspirer de la confiance dans l'avenir, et nous prescrivîmes des bains, des distractions, du travail et une surveillance continuelle. Autant que son imagination le lui permit, elle se prêta à tout. Nous lui avions dit que nous préférions pour elle, aux travaux à l'aiguille, à ceux qui se font dans l'intérieur d'un appartement, les travaux

du jardinage ; elle s'y adonna, et tout en marmottant des paroles toujours chagrines et quelquefois sinistres, on la voyait travailler avec une constance vraiment méritoire.

Ses nouvelles occupations, les bains, la présence des étrangers, devant lesquels un aliéné s'observe toujours un peu quand sa maladie ne lui a pas ôté le sentiment des convenances, la confiance qu'elle avait en nous, donnèrent d'abord à madame Elise un peu de calme et même un peu de sommeil ; mais ce calme fut incomplet et de courte durée. Pendant quelque temps, dans nos entretiens avec la malade, nous n'obtenions d'elle que de continuelles redites sur son état actuel, sur son désespoir, sur la mort sinistre qui l'attendait ; et si nous parvenions à la reporter à sa vie antérieure, aux causes de sa maladie, elle ne nous apprenait rien dont nous pussions faire notre profit. Ce qu'elle avait éprouvé autrefois était si peu de chose en comparaison de ce qu'elle souffrait maintenant, qu'elle ne voulait pas en parler. Cependant, à force de l'interroger, à force d'exigences pour avoir des réponses précises, je parvins à savoir que son habitation ordinaire était humide ; qu'elle y avait ressenti, à différentes reprises, des douleurs dans les membres ; que le jour même de l'invasion de sa maladie, ces douleurs avaient subitement disparu des membres pour se porter au sommet de la tête, où elle sentait, disait-elle, toutes ses mauvaises idées se former.

Un pareil aveu, arraché en quelque sorte à madame Elise, devait être et devint pour nous la plus précieuse des indications. Un rhumatisme était là : fixé à la partie supérieure de la tête, il y occasionnait une douleur permanente, et cette douleur avait été suivie d'un violent désespoir et du penchant au suicide.

Puisque la cause du délire était un rhumatisme, il convenait d'administrer les remèdes propres à combattre les affections rhumatismales. Nous eûmes recours aux bains de vapeurs aromatiques, et rassurés par des succès obtenus dans des circonstances analogues, nous ne craignîmes pas d'exposer à l'action du bain toute la partie crânienne de la tête ; mais nous n'obtînmes, à l'aide de ce moyen, qu'un soulagement peu marqué. Alors nous prîmes le parti d'appliquer sur le point douloureux un petit vésicatoire, et quand l'ampoule fut formée, on glissa sous l'épiderme cinq centigrammes d'extrait aqueux d'opium. Le soir même, la malade fut soulagée et dormit ; le lendemain, elle avait de l'espoir, et sa figure perdit l'expression d'angoisse qui lui était devenue habituelle. L'opium fut continué ; quatre vésicatoires, appliqués successivement à différents endroits du sommet de la tête, furent nécessaires pour le complément de cette médi-

cation qui, en moins de trois semaines, avait fait disparaître la douleur et en même temps les pensées de suicide.

Trois semaines au plus de traitement physique avaient donc suffi, et madame Elise était en état de rentrer chez elle. Peu de jours après sa sortie, elle avait retrouvé le calme et le bonheur, si cruellement interrompus pendant la durée de son rhumatisme cérébral.

— Pourquoi n'avons-nous pas employé tout d'abord le remède si simple, si bien indiqué, et qui nous a si promptement réussi ? C'est que tout d'abord nous ne connaissions pas la véritable cause de la maladie. Personne ne savait dans quelles circonstances le délire s'était développé ; madame Elise elle-même, tant était grande la violence de son trouble intellectuel, paraissait l'avoir oublié complètement. Intarissable à nous parler de ses craintes, de son désespoir ; persévérante à nous demander un prompt remède à ses maux actuels, elle regardait comme superflu de nous entretenir des douleurs, pour elle insignifiantes, qu'elle avait ressenties auparavant. Là était cependant le point capital. Qu'un rhumatisme soit fixé sur les muscles, il fera souffrir et gênera les mouvements ; qu'il soit dans les membranes du tube digestif, il causera des coliques, des vomissements et d'autres symptômes analogues dépendant de son siége ; qu'il se porte au cœur, il tuera ; qu'il monte aux parties enveloppantes du cerveau, il produira le délire, et à moins d'une grande acuité dans le rhumatisme, ce délire sera sans fièvre ; il prendra, suivant qu'il sera partiel ou général, le caractère de la monomanie ou celui de la manie.

Décrivons maintenant un état qui, au premier aperçu, avait de l'analogie avec celui de madame Elise, mais qui, à la suite d'un examen attentif, a présenté de tout autres indications.

Lypémanie ; tentatives de suicide ; prédisposition native aux maladies nerveuses ; causes efficientes purement morales ; traitement moral ; guérison.

Obs. II. — Au mois de juillet 1841, une dame fut amenée de la province à Paris par son mari, qui me donna sur elle les renseignements suivants. La mère de cette dame est morte apoplectique ; elle a un frère atteint d'épilepsie survenue à la suite d'excès vénériens et de l'abus du mercure ; une de ses sœurs, qui porte la dévotion à un degré extrême, est bizarre et sans cesse occupée de minuties.

Dès sa jeunesse, la malade a eu des idées singulières et des caprices dont on n'a pas assez pris soin de la corriger. A l'âge

de 18 ans, par exemple, habituée qu'elle était à avoir toujours auprès d'elle ou une bonne, ou une gouvernante, ou quelqu'un de sa famille, elle ne pouvait rester seule sans que des craintes chimériques vinssent l'assaillir. Un jour, on noya, dans un étang situé près de la maison qu'elle habitait, un chien enragé; elle en fut impressionnée très-vivement : elle devenait toute tremblante à l'aspect d'un chien, et elle refusa très-longtemps de passer près de l'étang où l'animal atteint de rage avait été jeté. Bien d'autres idées analogues vinrent successivement la tourmenter jusqu'à l'époque de son mariage. Alors, et parce qu'elle aimait beaucoup son mari, elle affecta une grande tranquillité d'esprit, afin de ne pas le tourmenter par le récit de craintes qu'elle savait n'être pas très-fondées, mais dont cependant elle subissait le joug. Ainsi, par un accident fort ordinaire, elle fit une tache d'huile à ses vêtements ; elle se préoccupa de cette tache, puis elle s'en tourmenta, puis elle prit l'huile en horreur, et, sous prétexte de propreté, elle supprima les lampes de sa maison, où l'on ne brûla plus que de la bougie. La salade et tous les mets à l'huile furent en même temps proscrits de la table, mais avec des ménagements, avec des raisons spécieuses et qui pouvaient être avouées.

Après la crainte d'être seule, après celle des chiens, celle de l'huile, il était survenu des craintes nouvelles, qui elles-mêmes avaient fait place à d'autres. Malgré cela, madame Louise (c'est le nom que je donnerai à cette dame) dirigeait sa maison, surveillait un nombreux domestique, élevait ses enfants (elle en a eu huit), et faisait parfaitement les honneurs de chez elle. Elle n'était pas encore malade, elle était sur le point de le devenir.

A l'âge de 40 ans, après avoir été jusque-là religieuse, mais seulement religieuse, elle tomba dans la superstition ; elle poussa les idées de religion comme elle avait poussé les autres idées dominantes, jusqu'à l'exagération, jusqu'à l'absurde. Elle avait communié, et sa communion faite, croyait-elle, en état de péché mortel, la damnait sans rémission : dès lors désespoir, confessions et neuvaines faites inutilement, abandon complet des soins du ménage, des soins de sa personne, en un mot délire véritable, enchaînement de volonté. Jusque-là madame Louise était restée en partie lucide sur ses idées délirantes qu'elle n'admettait qu'avec restriction et auxquelles elle cédait, il est vrai, quelque part de sa liberté morale, mais en restant toutefois assez maîtresse d'elle-même pour ne pas trop se laisser deviner, même par son mari. Dès le moment où l'idée d'avoir profané une hostie s'était emparée d'elle, il y avait eu un trouble profond dans les

facultés de l'esprit, un violent désespoir, des tentatives de suicide ; en un mot la folie, si longtemps menaçante, était déclarée.

Confiée à mes soins, je l'examinai. Sa santé physique était gravement altérée, et son délire avait fait d'effrayants progrès ; elle était abattue, pâle, maigre, décharnée ; son haleine était fétide, sa langue sèche, son pouls fréquent et faible ; sa peau, ordinairement froide, s'échauffait quelquefois comme dans la fièvre. Plusieurs parties de son corps, les bras surtout, présentaient de nombreuses ecchymoses, et il suffisait d'une légère pression pour en produire de nouvelles. Le délire était incessant, il était le principe de toutes les actions, il entravait toutes les fonctions soumises à l'empire de la volonté : la malade voyait partout des hosties ou des profanations d'hosties. Tout ce qui avait une forme circulaire, tout ce qui était blanc sans même avoir cette forme, était une hostie ou une portion d'hostie. Dans les potages, dans les sauces, il y a de la graisse fondue et affectant des formes circulaires : ce sont des hosties ; dans le pain, il y a des trous également circulaires : ce sont encore des hosties ; dans la boisson, il y a à la surface des bulles de gaz : toujours des hosties. Il ne faut donc ni boire ni manger sans crainte de sacrilége.

Dans le mucus des narines, dans la salive, dans l'urine, dans les matières fécales, encore des bulles, et par conséquent des formes circulaires : on ne doit donc rien rendre, car on rendrait des hosties. Point de poches, car il y tomberait des hosties ; point de changement de linge, car, dans les plis, des hosties pourraient être cachées ; pas de lettres fermées avec des pains à cacheter, pas de promenades, parce que, chemin faisant, on rencontre des morceaux de papier, du plâtre, des objets blancs qui sont des hosties ; jamais de prières à l'église, parce qu'il y a là des hosties dont on peut s'emparer : de là obligation de se détourner des églises, de s'en tenir assez loin pour ne pas entendre le son des cloches, qui rappellent les églises, qui rappellent les hosties ; pas de sommeil, à moins qu'on n'y succombe, parce qu'en dormant on peut se lever somnambule et aller ouvrir le tabernacle ; au réveil, frayeur extrême et recherche empressée des hosties qui pourraient se trouver dans les mains, dans le lit ; enfin, la nuit, le jour, partout des hosties. La vie était devenue, pour madame Louise et pour ceux qui l'entouraient un affreux supplice.

Ce n'est pas tout d'un coup qu'elle était tombée dans cet excès de délire, c'était par degrés : elle s'en cachait d'abord ; mais successivement son mari, sa famille, ses alentours, avaient été

témoins de ses frayeurs; ils avaient fini par en savoir le motif. Pour la rassurer, pour la détromper, on avait employé tous les moyens que suggèrent l'amitié la plus vive, le dévouement le plus absolu : on avait réussi à quelque chose, mais à bien peu. Après des heures, des journées d'instances et de prières, on lui faisait avaler une tasse de bouillon bien dégraissé, un peu de viande et de pain. Quand, lasse d'efforts inouïs, elle ne pouvait retenir la matière de ses déjections, elle la laissait échapper, mais avec des regrets indicibles. A force de supplications, on parvenait à la mettre au bain, à l'habiller et à la déshabiller, mais c'était toujours avec des lenteurs infinies, des précautions multipliées, et l'assurance donnée mille fois que ce n'était pas mal faire et qu'il n'y avait aucun risque de profanation.

Et par-dessus tout cela un profond dégoût de la vie et des tentatives réitérées de suicide !

Que faire ?

S'il n'y avait eu que du délire, si la santé physique n'eût pas été elle-même dans un état déplorable, pas d'hésitation. Il fallait rompre avec les habitudes anciennes, éloigner toutes les personnes qui avaient si infructueusement essayé de consoler la malade, diriger tout, régime, remèdes, distractions; susciter des passions, des pensées médicatrices, au risque de contrarier et même d'irriter la malade. Une colère survenant à propos, et répondant à une véritable provocation, est cent fois moins pénible à supporter que ne le sont des craintes chimériques et des idées folles; c'est d'ailleurs une passion normale capable de redonner à la volonté son empire. Mais irriter une femme épuisée, alternativement affaiblie et excitée par la fièvre, devais-je l'oser ? La mort ne pouvait-elle pas être le résultat d'une impression trop vive ? Et puisque le danger était grand, n'était-il pas moins malheureux de laisser mourir la malade que de s'exposer à hâter sa fin ? J'attendis. Joignant mes exhortations à celles du mari, je dis à la malade tout ce que j'imaginai de plus propre à la persuader : usant des avantages que me donnait près d'elle mon caractère de médecin, et de médecin que l'on était venu de fort loin consulter à Paris, mes paroles ne furent pas sans quelque heureuse influence. Je recommandai de la nourriture, des bains chaque jour, des causeries, des promenades à pied ou en voiture, des spectacles; par-dessus tout, une surveillance extrême, et, s'il se pouvait, un redoublement de patience et d'amitié.

Les jours suivants, je revis la malade : tantôt je la trouvais un peu mieux, tantôt plus mal : ce que nous avions gagné la veille, nous le perdions le lendemain. Bientôt mon influence, dans le

principe très-faible, devint presque nulle; le mari n'obtenait plus que de rares concessions, et pour faire prendre à la malade un peu d'aliments, il fallait tant la tourmenter, qu'il devenait douteux pour nous si nos obsessions ne lui étaient pas plus nuisibles que la nourriture ne pouvait lui faire de bien.

Le mal empirait donc; mais voyant tous les jours madame Louise, apprenant à la bien connaître, jugeant que malgré son extrême maigreur il lui restait encore de la force, ayant eu l'occasion de m'apercevoir que devant moi elle ne se livrait pas à autant d'extravagances que devant son mari, j'espérai.

L'indication était facile à saisir. Il n'y avait pas là, comme dans le cas précédent, une maladie antérieure, cause de la folie; pas de douleur amenant à sa suite des idées tristes et le désespoir. La cause et la nature de la maladie étaient exclusivement de l'ordre moral; il fallait donc agir par les moyens moraux, et il importait de ne pas temporiser plus longtemps, car l'économie allait en s'appauvrissant, et chaque jour de retard était un pas vers la tombe.

Ma résolution prise et concertée avec le mari, je commençai le traitement. Un matin j'entrai chez la malade, accompagné d'un de mes élèves les plus distingués, M. le docteur Perrot, et d'une femme de chambre choisie parmi les plus capables de celles que j'avais à ma disposition.

La malade parut étonnée de me voir ainsi escorté; mais quand je lui annonçai que M. Perrot resterait près d'elle pour surveiller l'exécution de mes conseils jusque-là fort incomplétement suivis; que la femme de chambre était attachée à son service et avait ordre de ne pas la quitter un seul instant; quand surtout elle entendit que je renvoyais son mari, et que son mari se disposait à m'obéir, elle fut surprise, épouvantée, poussa des cris, témoigna un violent désespoir.

La séparation se fit, non sans une vive résistance de la part de la malade. Restée seule en présence de nous trois qu'elle voyait réunis dans un même but, elle fit, après quelques instants d'exaspération, ce que font presque tous les malades, ce que ferait toute personne raisonnable en pareil cas, elle se calma un peu, et chercha à nous attendrir sur sa position. J'étais devenu l'arbitre de son sort; je venais de me montrer sévère, il fallait me fléchir et obtenir de moi le retour du mari. Elle mangerait, elle boirait, enfin elle ferait tout ce que je voudrais, mais dans la mesure de ses forces, et pourvu que son mari fût avec elle; sans cela, elle n'écouterait rien, et se laisserait mourir.

— Vous me promettez maintenant de manger et de boire;

que ne le faisiez-vous quand votre mari était là et qu'il vous en priait ?

— Je le ferai maintenant. Oh ! rendez-moi mon mari.

— Vous ne pourriez pas aujourd'hui faire plus que vous n'avez fait hier.

— Oh ! si, je le pourrais.

— Vous croiriez encore voir des hosties dans vos aliments et dans vos boissons.

— Je ferais tant d'efforts sur moi que je ne le croirais plus.

— Vous ne pourriez pas faire des efforts suffisants pour réussir.

— Oh ! j'en ferais, je suis bien sûre d'en faire.

— Les globules de graisse qui sont sur la soupe vous effraieraient encore ; il en serait de même des globules d'air qui sont à la surface du lait, de l'eau, des boissons.

— Oh ! non, je ne m'effraierais plus de rien, si mon mari était là pour me rassurer.

— Vous vous effraieriez encore, car ce sont des choses si graves !

— Je sais bien qu'elles ne sont pas graves.

— Comment ! de la graisse sur la soupe, cela ne vous paraît pas grave ?

— Non.

— Et les yeux du pain, cela ne vous paraît pas grave non plus ?

— Non.

— Et des morceaux de papier ?

— Ce sont des morceaux de papier.

— Et des mies de pain, de la farine, du plâtre, des bouts de fil, du duvet, tout cela ressemble beaucoup à des hosties, et la peur que vous en avez me paraît très-fondée.

— Fondée sur mes idées ; mais si j'avais mon mari, je n'en aurais plus peur.

— Et vos besoins naturels, quand vous en éprouveriez, vous les satisferiez si votre mari était près de vous ?

— Oui.

— Vous ne le pourriez pas.

— Oh ! je le pourrais ; cela est bien facile.

— Eh bien ! madame, puisque cela est facile, faites-le pour mériter que votre mari revienne. Vos promesses sont belles, mais les faire et les tenir ce n'est pas la même chose. M. Perrot est là, suivez ses conseils, il jugera de vos efforts, et si vous devenez assez maîtresse de vous, je permettrai à votre mari de venir, mais je ne le lui permettrai qu'à cette condition.

Cela dit, je me retirai, laissant à M. Perrot le soin de diriger la malade.

C'était l'heure du déjeuner ; on servit. La malade, assise en face de M. Perrot, déploya sa serviette d'assez mauvaise grâce ; puis, regardant son assiette et y ayant trouvé un peu de duvet, elle en demanda une autre. M. Perrot s'y refusa, et il jeta dans cette même assiette de la mie de pain. La malade se mit en colère, reprocha au médecin de vouloir la tourmenter, et dit formellement qu'elle ne mangerait pas, et elle quitta la table.

Il fallait bien qu'elle mangeât, car elle était exténuée ; elle n'avait rien ou presque rien pris depuis plusieurs mois.

M. Perrot lui dit : « Je vais jeter de la mie de pain dans les assiettes, dans les mets et dans votre verre, et je vous ferai manger de force ; ou bien vous allez vous asseoir, on enlèvera l'assiette dans laquelle il y a de la mie de pain, puis vous mangerez et vous boirez volontairement. »

Manger de force et manger des mies de pain qui peuvent être des hosties ! Il vaut mille fois mieux se mettre à table et déjeuner : c'est ce que fit la malade, non pas sans de grandes hésitations ; mais enfin elle mangea, et M. Perrot ne consentit pas à lui dire, même une seule fois, qu'il n'y avait pas d'hostie ni dans ses aliments ni dans ses boissons.

Il serait trop long d'entrer ici dans les détails de tout ce que nous avons fait et dit à la malade ; les choses principales suffiront au lecteur. Le premier point était de la nourrir ; nous y avons mis tous nos soins, et nous avons fini par obtenir un régime régulier, sans jamais condescendre au désir qu'avait toujours et que témoignait souvent madame Louise d'être rassurée sur la présence des hosties. Ses demandes directes étaient toujours rejetées, ses demandes indirectes n'étaient jamais comprises. Elle y mettait cependant quelquefois une grande habileté. Bonne, spirituelle, et par moments redevenue gracieuse, au milieu d'une causerie à laquelle elle savait nous intéresser, elle nous montrait un peu de duvet, un peu de fil, un morceau de papier, et avec un regard presque suppliant, mais sans parler, elle disait : « N'est-ce pas une hostie ? » Notre principe était bien de ne pas répondre et de rester inflexibles ; mais je ne pourrais pas assurer qu'elle n'eût jamais entendu de notre bouche ou lu dans nos yeux la réponse qu'elle désirait. Son petit manége avait d'ailleurs de quoi nous réjouir ; il indiquait de l'habileté, de l'à-propos : c'était une ruse qu'il ne fallait pas prendre trop au sérieux.

Les premiers jours furent très-pénibles et pour la malade et pour nous. De la part de madame Louise, résistance contre tout ;

de notre part, de la fermeté, quelques concessions et la permission de courtes entrevues avec le mari. L'espoir de ces entrevues était le plus puissant mobile qui agît sur elle. Je les voulais courtes, parce qu'il fallait stimuler les sentiments affectueux plutôt que les satisfaire. Notre cœur est ainsi fait : s'il désire, il est capable d'opérer des prodiges ; s'il a ce qu'il veut, il se rassasie.

J'ai dit que madame Louise ne se mouchait pas, quelque besoin qu'elle en eût. Un matin que M. Perrot avait réussi, pour la première fois, à l'obliger de se moucher, il me fit part de sa joie. Je voulus, pour compléter cette œuvre, que la malade prît elle-même un mouchoir dans la commode, qu'elle s'en servît devant moi, et qu'elle le mît dans sa poche ; car je lui avais fait faire des poches. Elle ouvrit sa commode ; mais précisément sur les mouchoirs se trouvait un petit paquet de morceaux de laine qu'elle y avait cachés pour, quand son mari viendrait, se faire dire par lui que ces morceaux de laine n'étaient pas des hosties. Effrayée à cette vue, elle refusa net de toucher aux mouchoirs. J'insistai, je priai, je m'emportai sans réussir à rien, et cela dura une heure et demie. Alors je ne gardai plus aucun ménagement, et, d'un ton de colère, j'ordonnai que l'on allât me chercher une boîte de pains à cacheter blancs, que je menaçai de jeter partout, sur le parquet, sur les meubles, sur la malade. Abasourdie d'un aussi rude coup, elle prit un mouchoir, devint souriante pour me demander, en s'en servant, s'il ne contenait rien, se moucha en relevant son mouchoir de manière à ne pas se cacher la bouche pour qu'on vît bien qu'elle ne crachait pas d'hostie, et mit le mouchoir dans sa poche. Il y avait peut-être un an que pareille chose ne lui était arrivée.

Pour qu'elle se mouchât comme tout le malade, il fallut encore bien du temps et des peines, mais enfin nous parvînmes à l'y obliger. Les autres évacuations ne se régularisèrent pas non plus en une seule fois ni par nos seules recommandations ; nous fûmes obligés de recourir à bien des stratagèmes, parmi lesquels la pensée de la boîte aux pains à cacheter joua aussi son rôle.

La préoccupation des hosties avait perverti toutes les actions, changé toutes les habitudes : afin de ramener madame Louise à son état normal, il fallut s'attaquer à toutes ses habitudes, à toutes ses actions. Sa folie n'était plus seulement dans un principe faux, elle avait pénétré partout et tout vicié. Marcher dans la rue, passer devant une église, monter en voiture, ouvrir des lettres, en écrire, entrer chez des marchands, travailler, lire, tout cela semblait impossible : tout cela s'est fait à l'aide d'une

volonté ferme de notre part. Le désir des visites du mari et la crainte des pains à cacheter nous furent en cela de puissants auxiliaires.

Cependant la malade trouvait encore, même en faisant des progrès vers la guérison, un moyen suffisant de contenter son délire. Elle se promenait, agissait, obéissait; mais elle n'était jamais seule, quelqu'un la surveillait toujours, et par conséquent on la voyait toujours. Or, si on la voyait, on était sûr qu'elle ne volait pas, qu'elle ne profanait pas d'hosties, et c'était pour elle un grand motif de sécurité. Il fallait lui ôter ce motif de sécurité, car il n'était pas dans l'ordre des choses raisonnables. Comment faire? Envoyer la malade se promener seule? Elle ne le voulait pas, et on n'avait aucun moyen de l'y forcer. La quitter au milieu du chemin? Ce parti était dangereux; la malade se serait précipitée sous une roue ou jetée à la rivière. Il importait cependant de lui ôter l'appui qui servait d'aliment à son délire. M. Perrot s'est avisé d'une chose fort simple et fort ingénieuse: c'est de fermer les yeux. Quand, en se promenant, madame Louise déraisonnait soit en paroles, soit en action, M. Perrot lui quittait le bras et fermait les yeux. Ce remède agissait toujours, l'effet n'en a jamais manqué. Ce qu'il y avait encore d'important à obtenir a été obtenu soit en fermant les yeux, soit en menaçant de les fermer. Entrer dans une église, assister à la messe, s'y tenir convenablement, n'avoir ensuite ni tourment ni regret, écrire des lettres, les cacheter même avec des pains à cacheter blancs, cela s'est opéré sous l'influence du remède imaginé par M. Perrot.

Tout semblait aller bien; souvent l'esprit paraissait complètement libre; madame Louise rentrait par degrés dans la vie ordinaire; elle voyait souvent son mari, écrivait à sa famille, et ne doutait plus de la possibilité de rentrer chez elle, lorsque, sans motif connu, et cela deux fois, à des époques très-rapprochées, elle renouvela les tentatives de suicide qu'elle avait déjà faites avant que je la connusse. Un jour, elle donna à sa femme de chambre une commission que celle-ci eut la maladresse de faire. Restée seule, la malade courut à toutes jambes vers le chemin de fer qui n'était pas très-éloigné de la maison où elle se trouvait, et comme elle avait choisi l'heure du passage d'un convoi, elle allait se précipiter sous les roues des wagons, si l'on n'était pas venu l'arrêter. Un autre jour, malgré un redoublement de surveillance, on la surprit en train de s'étrangler avec les cordons de son bonnet de nuit.

Ces deux accidents, qui sont venus à l'improviste interrompre

la convalescence, ne l'ont que peu retardée, et vers la fin de décembre 1841, c'est-à-dire un peu plus de six mois après avoir été mise en traitement, madame Louise était parfaitement raisonnable.

L'état physique a cessé de nous donner des inquiétudes à dater du moment où la malade a consenti à prendre de la nourriture: le corps s'était appauvri, l'estomac avait souffert; il a suffi d'une bonne alimentation pour faire cesser de ce côté tout danger et même tout accident sérieux. Un seul phénomène a persisté jusqu'après le retour de la raison : c'est la disposition aux ecchymoses qui se produisaient sous l'influence de la moindre pression. Du reste, les gencives étaient saines, et il n'y avait pas d'autre apparence d'une affection scorbutique. Madame Louise, rentrée chez elle, n'a pas cessé d'être complètement raisonnable ; aucune idée analogue à celles qui caractérisaient sa maladie, ou qui semblaient l'y prédisposer, n'ont maîtrisé son esprit, comme cela avait eu lieu pendant de longues années. Elle a été frappée dans ce qu'elle avait de plus cher ; quelques personnes de sa famille ont été grièvement malades, elle a perdu son fils aîné, et cependant elle n'a éprouvé, à la suite de ces malheurs, aucun trouble d'esprit. Assez peu de temps après m'avoir quitté, sa raison était si solide qu'on a cru pouvoir la faire communier. Si l'on m'avait consulté, j'aurais dit d'attendre ; mais on a passé outre, et on n'a pas eu lieu de s'en repentir.

Ainsi, malgré une prédisposition native aux maladies nerveuses, prédisposition qu'on est trop souvent porté à prendre comme un présage d'incurabilité ; malgré un très-long abandon de sa liberté morale, madame Louise a guéri, et, depuis quatre ans, son esprit s'est constamment soutenu dans un état tel que des personnes qui l'ont connue autrefois la regardent comme plus forte qu'elle ne l'a jamais été.

— La part ainsi faite, dans les observations qui précèdent, au traitement physique et au traitement moral, voyons un cas où ces deux moyens de guérison ont dû être employés pour concourir au même but. Je choisis ce cas entre beaucoup d'autres, parce que, outre la double indication thérapeutique dont il offre un exemple, il montre que le raisonnement, le calcul, ne sont pas incompatibles avec la manie furieuse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

17. — *Des hallucinations*; par le docteur M. Macario.

(Annales médico-psychologiques, novembre 1845.)

Parmi les phénomènes psychiques qui accompagnent le dérangement des facultés intellectuelles, il n'en est pas de plus curieux, de plus bizarres et en même temps de plus mystérieux que les hallucinations.

Ainsi que M. Baillarger l'a démontré, les hallucinations sont un des symptômes les plus fréquents de la folie, et qui peuvent compliquer toutes les variétés de cette affection. D'après Esquirol, sur cent aliénés, quatre-vingts au moins ont des hallucinations.

Il ne faut pas croire, comme on l'a dit, que les hallucinations sont le partage des esprits faibles; les têtes le mieux organisées n'en sont pas à l'abri, et l'histoire des hommes célèbres dans les sciences, les arts et la poésie, nous montre souvent des hallucinés.

Chose étrange! un homme voit des êtres extraordinaires, entend des sons harmonieux, goûte des mets délicats, savoure des odeurs suaves, et cependant les plus épaisses ténèbres l'enveloppent, un profond silence règne tour autour de lui, et il n'est à la portée d'aucun mets ni d'aucun corps odorant : c'est un homme qui rêve tout éveillé, c'est un halluciné.

M. Aubanel a voulu confondre dans une même dénomination l'illusion et l'hallucination; c'est à tort, selon nous, car entre ces deux phénomènes grande est la différence. En effet, l'illusion nécessite l'intervention des sens; l'hallucination, au contraire, est un phénomène purement psychique, et tellement indépendant des organes, que des individus peuvent être sourds, aveugles, privés du goût et de l'odorat, et éprouver néanmoins des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

Quelle source féconde et inépuisable de méditations pour le philosophe, que le phénomène des hallucinations! Sont-elles des images, des idées reproduites par la mémoire, associées par l'imagination, et personnifiées par l'habitude, ainsi que le dit Esquirol? — Non, les hallucinations ne sont point un phénomène de simple mémoire; car il est des hallucinés qui, dans leurs disputes et dans leurs dialogues avec des êtres imaginaires, émettent des idées qu'ils n'ont jamais eues, et réellement supérieures à leur instruction et à leur intelligence. L'hallucination, dit M. Leuret, n'est pas un souvenir, c'est une chose actuellement perçue; elle diffère autant et de la même manière du souvenir que la sensation elle-même.

Sont-elles un produit de l'imagination, comme le veulent certains psychologistes? — Non : l'hallucination, continue, et avec raison, l'auteur que je viens de citer, entraîne avec elle l'idée de l'existence réelle de l'objet qu'elle a créé; il n'en est pas ainsi de l'imagination, comme tout le monde sait.

Que sont-elles donc? — Les hallucinations sont analogues, j'allais dire identiques, aux rêves et au somnambulisme. En effet, dans l'un et dans l'autre cas le phénomène est le même, il y a spontanéité d'action du cerveau, mais avec cette différence, que l'halluciné se rend compte, après la guérison, des phénomènes qu'il a éprouvés, tandis que dans le somnambulisme et quelquefois à la suite des rêves, les sensations nocturnes sont oubliées au réveil et cessent entièrement. Cependant on a vu des rêves continuer chez des personnes éveillées et se transformer en hallucinations. Aussi M. Leuret n'hésite-t-il pas à ranger parmi ces dernières les rêves qui font sur l'esprit une impression vive, profonde, et se gravent clairement dans la mémoire; néanmoins il faut avouer que, même dans ce cas, dès que le sommeil est rompu, nous demeurons convaincus que nous avons été le jouet de notre imagination.

Dans les hallucinations, comme dans les rêves et le somnambulisme, c'est la pensée qui prend une forme, un corps, qui se concrète, qui se matérialise, qui devient, comme le dit M. Lélut, une image visuelle, un son, une odeur, une saveur, une sensation factice. C'est, en un mot, la transformation des idées en sensation. — Oui, mais cette définition ne dit rien, n'explique rien, ne préjuge rien sur le développement des hallucinations; tout au plus porte-t-elle sur leur nature.

M. Baillarger, néanmoins, cherche à justifier et à maintenir cette définition par des exemples remarquables qui tendent à montrer quels rapports il y a entre l'état actuel de l'intelligence des aliénés et leurs hallucinations; rapports si intimes, dit-il, qu'il est impossible de douter que l'hallucination soit alors autre chose que la pensée elle-même, provoquant par le *rappel des signes le retour des sensations auxquelles ces signes ont été primitivement associés.* Qu'il en soit quelquefois ainsi, nous en demeurons d'accord; mais je dis et je soutiens que ces rapports sont loin, bien loin d'être constants; ce ne sont, au contraire, que des exceptions. En effet, où est le rapport entre les hallucinations et les préoccupations habituelles de cet homme obscur et sans instruction qui soutient dans son délire sensorial de longues conversations sur les sujets les plus relevés et dont il ne s'est jamais occupé de sa vie? — Où est le rapport entre les hallucina-

tions et les préoccupations habituelles de cet homme illettré qui, face à face avec Dieu, s'exprime dans un langage sublime et correct, et parfois même en vers? — Où est le rapport entre les hallucinations et les préoccupations habituelles de ce vieillard qui, dès sa première jeunesse, a renoncé à toute idée religieuse, a professé avec toute la conviction dont il est capable les doctrines du matérialisme, et qui, tout à coup, par l'apparition instantanée d'un esprit, d'un fantôme, d'un démon, change subitement d'opinion, et court chercher un refuge dans le sein de la religion qu'il avait oubliée depuis si longtemps? — Dans tous ces cas, ce sont bien encore des idées, des pensées qui s'imagent qui se concrètent, qui se matérialisent, il est vrai; mais cette transformation ne porte plus sur les idées propres et habituelles du malade : ce sont des idées de nouvelle création qui jaillissent tout à coup et spontanément, comme Minerve du cerveau de Jupiter. Non, je le répète, les images produites par l'hallucination ne sont pas toujours le résultat d'une préoccupation; souvent elles viennent spontanément sans avoir été provoquées; et cela est si vrai, qu'il n'est pas rare de voir des hallucinés qui n'ajoutent pas foi à leurs visions; ils savent juger sainement de toutes ces apparitions et redresser toujours leurs jugements: dans ce cas, les facultés de l'entendement ne sont aucunement altérées; seulement, un nouveau phénomène est venu se mêler à leurs opérations.

D'après ce que nous venons de dire, il est évident que le mécanisme, le mode de formation des hallucinations reste encore à expliquer. Je vais essayer de remplir cette tâche du mieux que je pourrai, et autant que mes forces me le permettront.

Tout le monde sait que la perception ou la sensation, car ces deux mots sont synonymes, a lieu à la suite d'une impression sensoriale. Or, pendant cet acte mystérieux, il faut de toute nécessité admettre un ébranlement particulier, la vibration de certaines fibres, une modification moléculaire quelconque du centre cérébro-spinal; car si cet organe restait en état de repos, la perception ne se ferait pas et la sensation n'aurait pas lieu. Cela me paraît de la dernière évidence. Ainsi donc la lumière qui blesse le nerf optique, les ondulations de l'air qui frappent le nerf acoustique, font vibrer les fibres cérébrales qui correspondent à ces nerfs, et la sensation de voir ou d'entendre a lieu. C'est donc le cerveau, centre de perception, qui voit, qui entend, qui sent, etc.; mais les sensations sont rapportées par cet organe aux extrémités nerveuses qui en reçoivent les premières impressions : ainsi il voit dans l'œil, il entend dans l'oreille, il goûte

dans la bouche et flaire dans le nez, il sent la froidure à la peau.

Cela posé, pourquoi dans certaines circonstances le cerveau ne se trouverait-il pas modifié de la même manière que lorsqu'il reçoit une impression ? Si cela était, et c'est probablement ce qui arrive dans les cas dont il s'agit, on aurait sensation malgré l'absence de toute impression sensoriale, et partant il y aurait hallucination. Ce qui me paraît militer en faveur de cette opinion, c'est que les hallucinations compliquent le plus souvent la monomanie, c'est-à-dire cet état dans lequel une idée fixe, tenace, permanente, a fait vibrer mille fois les mêmes fibres cérébrales. Dans ce cas, rien d'étonnant que ces mêmes fibres, sous l'impulsion d'une imagination concentrée, se modifient, se dévient, si vous voulez, dans leurs vibrations, d'une manière propre à imaginer, à concréter l'idée fixe. Et une fois l'habitude prise, rien d'étonnant que ces vibrations anormales, et partant les hallucinations, continuent à se reproduire. Aussi n'est-il pas rare de voir les hallucinations, d'abord vagues, confuses, se dessiner, se caractériser de plus en plus à mesure que les vibrations *hallucinatives*, qu'on me passe l'expression, deviennent plus nettes et plus précises, de la même manière qu'un menteur, à force de répéter un mensonge, finit petit à petit par se persuader à lui-même qu'il dit la vérité.

Une modification analogue, mais à un moindre degré, a lieu sous l'influence de l'imagination, lorsqu'on se retrace à l'esprit l'image d'un objet quelconque, et partant l'hallucination ne serait qu'un degré plus avancé du souvenir : aussi l'intervention de la mémoire est-elle indispensable dans la production de cet acte anormal. Néanmoins ces deux phénomènes diffèrent essentiellement en ce que l'hallucination crée une chose actuellement perçue, et qu'il n'en est pas de même du souvenir.

Voilà pour la théorie des hallucinations.

Il nous reste maintenant à expliquer pourquoi les hallucinés ont souvent des idées supérieures à leur intelligence ordinaire. Voici, selon nous, la raison de ce phénomène.

Dans la génération des idées il faut également admettre une modification encéphalique ; car vouloir soutenir que la pensée se manifeste sans une activité matérielle des fibres cérébrales, c'est vouloir soutenir qu'une flûte, par exemple, peut rendre des sons sans la vibration de l'air excitée par le souffle de l'artiste, ce qui serait absurde. Or, pour donner naissance à une idée donnée, il faut que cette activité cérébrale soit portée à un degré déterminé ; et pour produire une conception élevée, cette même activité doit être portée à un degré supérieur. Or, dans certains cas

particuliers, il peut arriver que l'encéphale éprouve pour la première fois des modifications très-profondes, d'où il jaillirait des pensées sublimes et inconnues, pensées qui ont leurs racines dans le souvenir, il est vrai, mais qui se développent d'une manière inaccoutumée et extraordinaire. C'étaient des pensées qui n'étaient qu'en germe, mais que la modification moléculaire profonde du cerveau a fécondées et amplifiées. On ne s'étonnera pas de cette modification si profonde, si subite, si spontanée, si on fait réflexion que chez l'homme de génie, lorsque, par des voies mystérieuses et cachées, luit tout à coup à son esprit une idée neuve et grande, source féconde de résultats inouïs et incommensurables, se passe exactement le même phénomène ; c'est-à-dire que des fibres cérébrales jusqu'alors vierges sont mises en vibration, qu'une modification moléculaire particulière a lieu alors pour la première fois dans le centre nerveux, modification sans laquelle la découverte n'aurait pas eu lieu.

Tel est, ce me semble, le mécanisme de la génération des idées et de leur transformation en sensation.

Ainsi donc, chez l'halluciné il y a, pour ainsi dire, développement d'un nouvel élément, j'allais dire création d'une nouvelle faculté ; l'âme se réfléchit, se replie sur elle-même ; elle acquiert un sens si exquis, une sonorité telle, si je puis m'exprimer ainsi, qu'elle devient l'écho de nouvelles sensations jusqu'alors inconnues qui viennent prendre place au foyer de son intelligence malgré l'absence de toute impression sensoriale.

Dès lors le lypémaniaque entend des voix terribles et menaçantes qui le poursuivent sans cesse, il voit des spectres effrayants qui s'enchaînent opiniâtrément à ses pas. Sa nourriture est empoisonnée, il s'en aperçoit au goût et à l'odeur : aussi ne mange-t-il pas, se laisse-t-il plutôt mourir de faim. Le démonomaniaque voit le diable en personne, entend sa voix, se sent harcelé par lui ; puis, saisi tout à coup par ce malin esprit, il est transporté aux enfers, où, glacé d'effroi, il contemple les tourments sans fin des damnés. Nouveau Nabuchodonosor, le zoanthrope se trouve tout à coup métamorphosé en bête fauve, et s'en va errant au milieu des cimetières et des bois, où il se sent harcelé et chassé par la meute et les chasseurs. Le sorcier assiste au sabbat. L'extatique demeure immobile ; sur sa physionomie règne une céleste béatitude : ne le troublez pas, il assiste aux concerts des anges et des séraphins, il contemple Dieu dans toute sa gloire. L'amant voit sa maîtresse ; il se sent appelé par les plus doux noms de l'amour et se livre avec elle aux jouissances de la chair. Le nostalgique voit le pays qui l'a vu naître, entend les accents chéris

de ses parents, et converse paisiblement avec les amis de son enfance. Voyez cet homme d'un âge mûr qui se tient à l'écart : comme son regard est fier, sa parole brève et hautaine ; c'est le plus grand capitaine des temps modernes, il commande nos armées. Fuyez cet autre qui ne dit mot, qui vous regarde obliquement : une pensée homicide surgit dans son cœur ; à une voix mystérieuse venue du ciel, il a déjà sacrifié son frère et deux de ses enfants. D'où viennent ces cris déchirants et ces gémissements lamentables qui frappent mon oreille ? Hélas ! c'est une jeune fille hystérique entourée de serpents et de bêtes féroces qui la déchirent avec leurs dents et la dévorent. Et cette vieille femme, comme elle prête une oreille attentive, comme elle verse des larmes ! Taisez-vous, elle écoute : deux armées sont en présence l'une de l'autre dans son ventre, elle entend le bruit des armes et les cris des combattants. Et ce vieillard porte dans sa poitrine deux grands rois qui se querellent continuellement : ce sont Henri IV et Louis XIV. Voyez-vous là bas ce jeune homme au regard étincelant et à la figure empourprée ? c'est un inspiré ; il déchire le voile de l'avenir, et reçoit de Dieu la mission de régénérer le monde. N'approchez pas de cette femme qui ose à peine se remuer, votre souffle pourrait la briser en éclats, car elle est de verre. Un autre se croit transformé en tonnerre ; déjà il prend son élan pour aller rouler avec fracas dans les nuages. Celui-là ne fait que boire et manger, c'est sa passion : aussi est-il gros et gras comme un moine, et pourtant il se plaint d'une voix lamentable qu'il est maigre à faire peur, qu'il n'a que la peau et les os. Quel est cet homme qui regarde avec une attention concentrée une blessure qu'il porte à son bras ? Il se livre, comme il dit, à des créations nouvelles ; de sa blessure il voit sortir des légions d'hommes, de chiens, de chats, etc.

Ainsi mille hallucinations se jouent de la raison humaine et l'égarent : c'est un phénomène qui s'accomplit sans l'intervention des sens. La conviction des hallucinés est si entière, si franche, dit Esquirol, qu'ils raisonnent, jugent et se déterminent en conséquence de leurs hallucinations ; ils coordonnent au premier phénomène psychologique leurs pensées, leurs désirs, leur volonté, leurs actions.

Souvent les hallucinés sont entraînés au meurtre, au suicide par des voix mystérieuses, pour se défaire des personnes dont ils se défient et pour mettre un terme à leurs souffrances qu'ils croient sans bornes. Chez les hallucinés, les affections sont souvent perverties ; ils conçoivent une haine implacable pour les personnes qui jadis étaient l'objet de toute leur tendresse.

Tels sont les phénomènes psychiques des hallucinés que j'ai eu occasion d'observer soit à Bicêtre, soit dans l'asile d'aliénés de la Meurthe.

Dans ces derniers temps, quelques psychologistes ont essayé de rapprocher de ces malades les prophètes : ils ont voulu en faire autant de fous, autant de visionnaires, autant d'hallucinés. Il y a plus, quelques-uns ont été plus loin, ils ont prétendu qu'ils étaient des fourbes. Ces derniers ne méritent pas d'être réfutés. Quant aux premiers, il est vrai de dire que lorsqu'on ne creuse pas, qu'on ne pénètre pas profondément dans l'étude des livres sacrés, les apparences leur donnent gain de cause. En effet, au premier abord, il paraît y avoir une grande analogie entre les hallucinations et les inspirations de nos prophètes; les auteurs sacrés eux-mêmes l'avouent. Elysée et les autres prophètes, dit saint Augustin, n'étaient point respectés par la plus grande partie du peuple, qui les regardait comme des insensés. Mais les apparences, on le sait, sont souvent trompeuses, et ici, il faut l'avouer, elles sont dénuées de tout fondement. Il y a vraiment lieu de s'étonner et de gémir sur la faiblesse de l'esprit humain, lorsqu'il est livré à lui-même, en voyant des hommes, d'ailleurs très-recommandables sous tant de rapports, attaquer avec un aplomb imperturbable et une inconcevable légèreté les croyances de nos pères, croyances qui ont bravé à travers les siècles les attaques de tant de philosophes et les persécutions de tant de gens, et sont parvenues jusqu'à nous aussi intactes qu'à leur origine.

Non, les prophètes ne sont point des hallucinés; leurs prédictions se sont en tous points merveilleusement accomplies. Or, a-t-on jamais vu des hallucinés déchirer le voile de l'avenir et lire les décrets de Dieu dans la nuit des âges? Il est temps de revenir de ces erreurs. L'affectation de méconnaître les faits divins, dit un médecin, fut le cachet de la philosophie du XVIIIe siècle. Elle ne règne plus aujourd'hui; mais il y a encore des réminiscences contre lesquelles les meilleurs esprits ne sont pas toujours assez prémunis.

Les hallucinations ne constituent pas à elles seules le délire; car il y a des hallucinés qui ont connaissance de leur état et savent les apprécier à leur juste valeur, et il n'y a folie que du moment où les fantaisies de l'imagination sont reçues comme des réalités. Dans ce cas, elles sont simples, isolées, sans aucun trouble de l'intelligence. Longtemps les malades luttent contre elles avant d'en parler, avant d'agir d'après ces nouvelles sources d'erreurs.

D'autres fois elles le provoquent, elles en sont le point de départ, elles l'excitent et l'entretiennent.

Dans d'autres circonstances enfin, elles ne sont qu'un symptôme des désordres intellectuels plus ou moins étendus. Par leur origine et par leur nature, elles se rattachent aux idées fixes qui ont d'abord dominé les malades.

Les hallucinations, avons-nous dit, peuvent compliquer toutes les formes du délire. Sur quatre-vingts et quelques observations que j'ai recueillies, voici l'ordre relatif de leur fréquence dans les différentes espèces de folie :

Dans la démonomanie.	31
Dans la lypémanie.	31
Dans la manie.	12
Dans la monomanie.	7
Incubes.	3
Succubes.	1

On les rencontre en outre assez souvent dans l'épilepsie et l'hystérie, et dans certaines périodes de quelques maladies aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la méningite, l'encéphalite, la pneumonie et la pleurésie ; enfin, elles caractérisent le *delirium tremens*.

D'après le tableau que nous venons d'esquisser plus haut, il est aisé de comprendre que les hallucinations se divisent naturellement en deux grandes classes, savoir : en externes ou sensoriales, et en internes ou ganglionnaires. Parmi les premières il faut ranger les incubes et les succubes. A ces deux classes j'en ajouterais volontiers deux autres, dont une présente des caractères propres qui ne peuvent appartenir à aucune des deux premières classes : ce sont les hallucinations que je désigne sous le nom d'*intuitives*. La dernière enfin tient à une modification spéciale des nerfs sensoriaux ; elle reconnaît pour cause l'exaltation de la sensibilité. Nous allons traiter ces différentes espèces d'hallucinations dans autant de chapitres différents.

I. *Hallucinations externes ou sensoriales.* — Les hallucinations externes sont relatives à cinq variétés de sens : vue, ouïe, goût, odorat, toucher ; on peut en ajouter un sixième, celui des organes génitaux, appelé par Brillat-Savarin le sens *génésique*. L'hallucination peut se rapporter à une seule sensation ou à plusieurs : alors il y a souvent association de celle de la vue et de l'ouïe, de l'odorat et du goût, etc. Enfin, quelquefois tous les sens sont affectés simultanément ; dans ce dernier cas, les hallucinations sont un symptôme très-grave, l'intelligence est alors profondément altérée. — Leur fréquence relative varie suivant les diffé-

rents sens ; les plus nombreuses sont celles de la vue et de l'ouïe. D'après mes observations, voici quel est leur ordre de fréquence :

Hallucinations de la vue.	19
Dont 11 du sexe masculin.	
— de la vue et de l'ouïe.	21
Dont 10 du sexe masculin.	
— de l'ouïe.	15
Dont 9 du sexe masculin.	
— de la vue, de l'ouïe et du toucher.	12
Dont 6 du sexe masculin.	
— de la vue, de l'ouïe, du toucher et de l'odorat. . .	4
Tous hommes.	
— des cinq sens.	4
Tous hommes.	
— de l'odorat.	3
Dont 1 du sexe masculin.	
— de la vue et du toucher.	2
Tous les deux du sexe masculin.	
— de la vue, de l'ouïe, du toucher et de l'odorat. . .	1
Homme.	
— de l'ouïe et du toucher.	1
Homme.	
— de l'ouïe, du goût et de l'odorat..	1
Homme.	
— du toucher et de l'odorat.	1
Femme.	
— du toucher.	1
Femme.	

Ainsi donc, comme on le voit d'après ce tableau, les plus nombreuses sont celles de la vue et de l'ouïe ; viennent ensuite celles du toucher, contrairement à quelques auteurs ; puis celles de l'odorat, et enfin celles du goût. — Cette fréquence relative est exactement conforme à ce que j'ai observé chez les hallucinés démonomaniaques. — Quelle est la raison de cette différence ? C'est, ainsi que je l'ai déjà dit dans un autre de mes écrits, c'est, dis-je, parce que les sens de la vue et de l'ouïe sont continuellement exercés, et que les sensations qu'ils produisent sont gravées, sculptées en quelque sorte dans la mémoire, ou parce que ces sensations sont concrétées, matérialisées, chaque couleur, chaque nuance, chaque forme, chaque objet, chaque son, chaque bruit, ayant, en effet, un nom ou un signe caractéristique qui le représente, qui le dessine, qui le *matérialise* à l'esprit. Aussi se retrace-t-on facilement une image, une personne éloignée, qu'on n'a pas vue depuis longtemps, surtout si cette image vous a frappé par sa beauté, si cette personne est chère à votre cœur, comme une mère, une épouse, etc. Et cela est si vrai, que je ne sache pas qu'on ait jamais observé des hallucinations de la vue et de l'ouïe chez les aveugles et les sourds de naissance ; car ces personnes ignorent les signes au moyen desquels les objets sont

traduits à notre esprit : aussi leurs facultés sont-elles bornées et rétrécies d'une manière remarquable. C'est donc avec raison qu'on a dit que les sens de la vue et de l'ouïe sont les sens de l'intelligence, la source la plus féconde de toutes les connaissances humaines.

Par la même raison, les hallucinations du toucher sont aussi assez fréquentes, mais moins cependant que celles de la vue et de l'ouïe ; elles sont aussi plus mobiles et d'une appréciation plus difficile, parce que les signes qui expriment les phénomènes du toucher sont plus obscurs et moins déterminés que ne le sont ceux des deux sens intellectuels.

Les hallucinations du goût et de l'odorat sont, comme nous l'avons vu, très-rares, parce que les expressions manquent pour définir d'une manière précise et exacte les différentes nuances des saveurs et des odeurs. — Nous disons bien : cette substance est amère, celle-ci est acide, celle-là est douce ; cette odeur est suave, cette autre est infecte. Mais combien de variétés et de nuances n'y a-t-il pas d'amertume, d'acidité, de douceurs ! combien n'y a-t-il pas d'odeurs suaves et d'odeurs infectes que nous ne saurions rendre par des mots techniques, par des expressions définies, déterminées ! Aussi toutes les classifications des odeurs et des saveurs que les physiologistes nous ont données jusqu'à ce jour sont-elles imparfaites ; et elles le seront toujours, car je ne pense pas qu'on parvienne jamais à *concréter*, à *matérialiser* à l'aide du langage, les sensations du goût et de l'odorat, en un mot, à leur donner un signe transmissible. En effet, quel est le gourmet qui se rappelle exactement la saveur d'un vin quelconque ? — Quel est le parfumeur, même le plus exercé, qui se rappelle parfaitement l'odeur d'un baume, d'une essence, d'une fleur, etc. ? On n'a, à ce sujet, que des souvenirs vagues et confus ; ce n'est que pendant qu'on savoure ce mets, qu'on goûte ce vin, qu'on flaire cette odeur, que l'on se rappelle avoir déjà savouré l'un, goûté l'autre, flairé celle-ci. C'est donc avec raison que, pour M. Archambault, les hallucinations sont des phénomènes de mémoire dont l'ordre de production, sous le rapport de leur fréquence relative, répond à un fait physiologique, c'est-à-dire au degré de mémoire qui caractérise chaque sens.

Je crois utile d'appeler ici l'attention des observateurs sur les gourmets, sur les cuisiniers, sur les parfumeurs, en un mot sur les personnes qui, par leurs professions, exercent d'une manière spéciale les sens du goût et de l'odorat, afin de s'assurer si les hallucinations de ces sens ne sont pas plus fréquentes chez elles que chez toute autre personne.

D'après ces considérations, il est facile de voir que, si on pouvait parvenir à préciser, à déterminer à l'aide du langage les sensations du goût et de l'odorat aussi nettement et aussi sûrement que celles de la vue et de l'ouïe, les hallucinations du goût et de l'odorat deviendraient, selon toute apparence, plus nombreuses qu'elles ne le sont actuellement. Mon ami et compatriote, le docteur Cerise, a répandu une grande lumière sur ce fait; il a démontré la nécessité de l'intervention des signes du langage dans la production des sensations : « La sensation et la perception, dit-il, sont un seul et même phénomène de l'activité humaine réagissant sur des groupes d'impressions sensoriales et les transformant à l'aide d'un signe en une idée ou en une affirmation positive. » — Or, cela posé, il est évident que si les signes qui servent à désigner certaines sensations sont obscurs et mal déterminés, les idées que ces signes représentent doivent nécessairement être vagues et confuses. C'est précisément ce qui arrive dans les sensations du goût et de l'odorat.

§ I. *Hallucinations de la vue.* — Quel horrible démon que le démon de la jalousie! Il prête au soupçon les apparences de la réalité, à l'ombre les qualités d'un corps. Un regard, un geste, un sourire de l'objet aimé plonge le jaloux dans des angoisses indéfinissables; son cœur est toujours navré de douleur et de chagrins; son œil est défiant; sur sa physionomie règne une sombre tristesse.

Elisabeth M... porta cette passion à un degré extrême : aussi fut-elle malheureuse. Elle est belle et bien faite; sa physionomie est douce et agréable. Elle est âgée de trente-deux ans; son tempérament est bilieux et son caractère enclin à la mélancolie.

Pendant les six premiers mois qui ont précédé sa folie, elle fut affligée de maux de tête continuels; puis elle fit une longue maladie, pendant laquelle sa raison s'égara. Dès lors un grand changement s'opéra dans son caractère; elle voua une haine implacable à son mari, objet jadis de sa tendresse, et porta toute son affection sur ses enfants. En même temps, sa fureur jalouse grandit et se développa d'une manière extraordinaire. Dans chaque femme, elle voyait une rivale et lui cherchait querelle; sa mère même n'était pas à l'abri de ses soupçons jaloux.

Souvent, couchée près de son mari, elle s'écriait tout à coup : « Voici tes maîtresses qui arrivent; » et il lui paraissait, en effet, voir réellement entrer des femmes dans sa chambre, faire des gestes et prendre des poses lascives et obscènes pour exciter la volupté et les désirs de son époux. Alors elle entrait dans de

violents accès de colère, brisait, déchirait tout ce qui tombait sous sa main, et d'une voix terrible menaçait d'en tirer une vengeance mémorable. Et pourtant son mari ne lui a jamais donné aucun sujet d'être jalouse ; au contraire, il est si laid, si difforme, si mal tourné, qu'en vérité.... Mais ce n'est pas une raison, le goût des femmes est si bizarre!....

Marguerite C... est âgée de vingt-sept ans; elle est d'un tempérament bilieux et d'une constitution vigoureuse ; les traits de sa figure sont réguliers et sa peau est très-brune. Marguerite est simple, laborieuse et dévote. Etant chez ses parents, elle allait tous les matins vendre du lait à la ville voisine. Un jour, en revenant du marché, elle s'arrêta dans le champ de son père, comme cela avait été convenu la veille, et pour la première fois de sa vie la pauvre Marguerite oublia de travailler. Lorsque sa sœur vint lui apporter à déjeuner, elle la trouva à genoux, les bras en croix et le regard tourné vers le ciel. A la voix de sa sœur, Marguerite suspend sa prière et s'écrie : « Je me suis approchée du tribunal de la pénitence; mon cœur est pur et mon âme tranquille; mes vœux ont enfin été exaucés, car je viens de voir le ciel entr'ouvert, où Dieu, assis sur un trône lumineux, était entouré de saints, d'anges et de chérubins. » — Mais, hélas! plus tard elle paya bien cher cette vue; l'instant de bonheur qu'elle éprouva lui valut la damnation éternelle.

Cette infortunée est maintenant plongée dans un profond engourdissement. On dirait qu'elle est complétement étrangère aux impressions du monde extérieur. La sensibilité paraît abolie, ou du moins elle est considérablement émoussée, car une épingle enfoncée profondément dans les chairs ne lui arrache aucun signe de douleur. Rien au monde ne peut la tirer de cet état de torpeur.

§ II. *Hallucinations de l'ouïe.* — Alexandre est âgé de vingt-huit ans; son front est très-développé, son tempérament nerveux, sa constitution faible et délicate. Alexandre a reçu une instruction assez étendue, et a montré beaucoup d'intelligence et d'aptitude dans l'exercice de ses deux fonctions de tailleur et de cordonnier.

De tout temps il a été peu communicatif et peu sociable; la solitude a toujours eu beaucoup d'attrait pour son esprit; et lorsqu'il paraissait dans la société, il était, à cause de son humeur bizarre et singulière, le plastron de mauvais plaisants.

A... a été en butte à beaucoup de chagrins domestiques ; il a

été vivement contrarié dans ses amours ; il a été à plusieurs reprises dans le dénûment et dans la misère.

Si l'on doit se rapporter aux dires d'Alexandre lui-même, son trouble intellectuel aurait éclaté à la suite d'une vive frayeur qu'il eut, étant à Paris, pendant la révolution de 1830 ; les soldats de la garde l'auraient menacé de tirer sur lui. Depuis lors, il a perdu le goût du travail, et fantaisie lui prit de faire en vrai nomade le tour de France, réclamant sans cesse de l'argent à sa famille, et ne cherchant des ressources dans le travail que lorsque la nécessité l'y forçait absolument.

Des hallucinations de l'ouïe ne tardèrent pas à l'atteindre ; il entendit des voix qui lui faisaient des reproches amers sur son inconduite, et le jetèrent dans un engourdissement physique et moral extrême. Ces voix le poursuivent encore aujourd'hui ; mais, chose remarquable ! il a fini par s'y habituer, et elles n'exercent plus aucune influence sur ses déterminations ni sur ses actes, car il les regarde maintenant comme le résultat anormal de la lésion de son intelligence.

Ainsi, Alexandre est guéri de son délire ; les hallucinations de l'ouïe seules lui ont survécu, et avec elles persiste son état d'inertie et d'engourdissement physique.

C'était ici le cas, ou jamais, de les attaquer par le datura, d'après la méthode de M. Moreau. C'est ce que nous avons fait. Pendant les quatre premiers jours, Alexandre prit 20 centigr. d'extrait de datura ; les trois jours suivants, 30 centigr. ; les deux jours après, 40 centigr. ; enfin, les trois derniers jours, 50 centigr. Mais les hallucinations ont persisté : seulement, les voix qu'il entendait pendant la médication étaient plus claires qu'auparavant, et la terre lui paraissait élastique sous les pieds.

Je n'entends pas par là infirmer la doctrine de M. Moreau ; nous avons trop peu expérimenté ce remède pour pouvoir en tirer des conclusions. M. Moreau, d'ailleurs, est un observateur trop consciencieux, trop grave, pour que quelques faits négatifs puissent nous permettre de douter des résultats qu'il a obtenus.

B... est un petit homme sec et maigre, au regard oblique et soupçonneux, à la démarche tantôt rapide, tantôt lente, à la physionomie spirituelle. Ses petits yeux gris pétillent de malice et de fourberie ; son caractère est bizarre ; sa moralité a toujours été très-équivoque, au point que tous les moyens lui semblaient bons pour augmenter son pécule.

B... s'adonnait volontiers à la lecture, et recherchait surtout avec avidité les livres de sorcellerie, de magie, de nécromancie,

ce qui exalta tellement son imagination crédule que sa raison fit naufrage.

Une nuit, c'était en 1816, il entendit des cris rauques et effrayants qui paraissaient venir de la cheminée de sa chambre : c'était le diable et ses satellites. Je vous laisse à deviner quels furent son trouble et sa frayeur ! surtout avec une conscience aussi peu tranquille que la sienne. — D'autres fois le démon, tout en poussant des cris sauvages, s'empare de toutes ses facultés, lui donne des attaques de nerfs, et lui inspire de mauvaises pensées et l'excite à la vengeance contre ses parents. — C'est donc sous cette influence diabolique qu'un jour il lança de toute sa force contre son neveu une espèce d'arme qu'il avait lui-même confectionnée. Heureusement le coup porta à faux. L'arme passa entre les jambes de la victime et alla se fixer solidement dans le mur.

B... a pris en haine tous ses parents et une famille voisine. Et comment en serait-il autrement ? On dirait, en vérité, qu'ils ont établi une espèce de rivalité entre eux pour le tourmenter et le persécuter. On lui ravit ses biens, qui sont immenses (il est pauvre comme Job) ; on détruit ses récoltes par des enchantements, car la famille Baric a l'enfer à ses ordres. Aussi ne nourrit-il d'autres sentiments que celui de la vengeance, qu'il poussera, si on le laisse faire, jusqu'à l'homicide. Mais heureusement, pour parer à ces inconvénients, l'autorité l'a séquestré dans l'asile de Maréville, où il finira ses jours.

B..., malgré ses grossières superstitions, sa croyance au diable, est matérialiste ; il ne croit pas à l'immortalité de son âme, parce qu'il est garçon. Or, d'après son idée, les personnes qui n'ont pas d'enfants n'ont point d'âme ; car notre esprit passe dans celui de nos enfants, et Dieu est le soleil. Telle est l'histoire de B... le démonomaniaque.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

18. *Mémoire sur l'évolution de la syphilis;* par M. Cullerieb.

(Archives générales de Médecine, février 1845.)

La plupart des auteurs admettent dans la syplilis deux ordres de phénomènes différents : accidents primitifs, accidents secondaires. Hunter, de son côté, avait établi une grande division entre les parties sur lesquelles la vérole se manifeste, sous le rapport

de l'apparition des symptômes : il mettait en première ligne la peau et les muqueuses ; en deuxième, les os, le périoste, les aponévroses et les tendons. Enfin, M. Ricord a rangé tous les phénomènes vénériens en trois grandes classes : 1° *symptôme primitif*, le chancre; 2° *symptômes secondaires*, maladies de la peau et des muqueuses ; 3° *symptômes tertiaires*, maladies des os et du tissu fibreux. Il y avait, dans ces termes mêmes, l'indication d'un ordre de succession assez bien déterminé, mais qui n'avait point été donné comme nécessaire et inévitable. M. Cullerier vient compléter la doctrine à cet égard ; il veut prouver *que l'ordre d'apparition des symptômes syphilitiques est soumis à une régularité semblable à celle que l'on observe dans toute autre évolution morbide ; qu'il y a une marche certaine, prévue à l'avance et toujours la même, formant un entrelacement continu entre le premier symptôme de la syphilis et la dernière manifestation apparente de son existence dans l'économie.*

Pour arriver à cette démonstration, il a réuni quarante observations de maladies vénériennes et constitutionnelles affectant les os et le tissu fibreux ou cellulaire, la plupart recueillies à l'hôpital de Lourcine, quelques-unes dans sa pratique particulière, d'autres, enfin, récemment publiées dans les journaux de médecine.

« De l'analyse de ces observations, dit-il, il résulte pour moi cette règle : que quand on voit une maladie, soit des os, exostose, nécrose ou carie ; soit du tissu fibreux ou du tissu cellulaire, périostose, gomme, nodus, toutes affections désignées sous le nom de *symptômes tertiaires*, on trouve toujours un symptôme intermédiaire entre la maladie actuelle et l'accident primitif ; symptôme intermédiaire caractérisé par une éruption cutanée, une syphilide, ou par l'ulcération de la muqueuse de la bouche, et plus souvent de celle de la gorge, maladies des muqueuses qui remplacent alors celles de la peau, et qui d'ailleurs sont de même nature.

M. Ricord, tout en admettant cette marche d'une manière générale, avait cependant admis des exceptions. — « Un traitement convenable de l'accident primitif, avait-il dit, peut à tout jamais détruire la diathèse syphilitique et empêcher la production des accidents secondaires et tertiaires. Très-souvent, après la guérison du premier, il n'arrête que les seconds : ce qui explique, chez les malades qui ont pris du mercure, la production tardive des maladies du périoste ou des os *sans le chaînon intermédiaire qui a dû manquer.* »

M. Cullerier n'admet nulle exception de ce genre : — « Je

prétends, ajoute-t-il, contre l'opinion de M. Ricord, que l'influence d'un traitement plus ou moins bien fait contre un symptôme syphilitique, n'est d'aucune valeur pour empêcher la production de la syphilis avec les formes et dans l'ordre que j'indique. »

Il faut cependant bien expliquer ceci : M. Cullerier n'entend pas dire qu'un traitement bien fait pendant ou après un accident primitif n'a pas la puissance de guérir à tout jamais la syphilis ; il entend seulement que si sa puissance préservatrice échoue, c'est aussi bien pour un ordre de symptômes que pour un autre, et qu'en tout cas elle n'est pas capable de les intervertir ; que si la vérole n'est pas absolument prévenue, elle se développera toujours avec la même marche, *avec tous ses chaînons intermédiaires* ; et, enfin, il admet encore essentiellement que le traitement primitif, même sans guérir, peut encore mitiger les accidents à venir ; mais tout faibles qu'ils seront, ils ne se présenteront pas moins dans l'ordre indiqué.

M. Cullerier ne s'est pas caché les objections qui allaient s'élever contre une doctrine si absolue ; voici comment il y répond par avance :

« Il faut prendre garde à ceci, savoir : que souvent on voit une apparence d'interversion dans la manifestation des symptômes : ainsi, par exemple, une syphilide après ou en même temps qu'une exostose. Cela est vrai, mais ne prouve pas contre ma manière de voir ; car, avant l'exostose, il y a eu certainement ou une maladie de la peau, ou une maladie des muqueuses, maladies dont l'élément spécifique n'ayant pas été combattu ou ne l'ayant pas été suffisamment, s'est porté sur les organes profonds, tout en se montrant encore aux parties qu'il avait d'abord attaquées ; et, dans ces cas exceptionnels, c'est l'accident tertiaire qui prédomine.

« Il faut être bien prévenu aussi que souvent l'explosion des symptômes secondaires est précédée d'un malaise général, de fatigue et de brisure des membres qui peuvent être prises pour les douleurs plus profondes et plus tenaces que l'on rencontre quelquefois comme accidents tertiaires ; mais, si on les observe bien, on en voit promptement la différence, et, d'ailleurs, l'éruption ne tarde pas à venir éclaircir le diagnostic.

« Il arrive enfin quelquefois que la marche de la maladie est si aiguë, que son évolution est si prompte, que l'on n'est frappé que par ces deux circonstances capitales, le symptôme primitif auquel on remonte, et le symptôme tertiaire que l'on observe ac-

tuellement. J'ai pu m'en laisser imposer quelquefois par cette marche rapide ; mais toujours, en interrogeant bien les malades, et mieux encore en les examinant convenablement, j'ai pu trouver le symptôme intermédiaire. Combien ne voit-on pas de malades, et cela tout aussi bien en ville que dans les hôpitaux, qui, ayant eu des chancres, et, peu de temps après, une roséole ou des plaques muqueuses à courte période dans la gorge, sont loin de penser que ces taches légères de la peau, que la douleur ou seulement la gêne de la déglutition qu'ils ont éprouvées tenaient à la vérole ! Aussi glissent-ils très-aisément sur ces circonstances, si l'on n'a pas soin d'y attirer et d'y fixer leur attention ou leurs souvenirs. »

Ceci bien entendu, l'auteur arrive à ses observations, qui se décomposent de la manière suivante :

Sur ses quarante faits, trente-cinq fois on trouve la filiation bien complète et bien régulière : symptôme primitif, symptôme secondaire et symptôme tertiaire.

Quatre fois on trouva le symptôme tertiaire précédé du symptôme secondaire, mais sans accidents primitifs avoués ou reconnus. Et comme peu de chirurgiens admettent la possibilité de la syphilis constitutionnelle sans l'accident primitif, ces quatre cas se rangent donc dans le même ordre que les premiers.

Une fois, le symptôme tertiaire a suivi le symptôme secondaire, sans accident primitif ; mais c'était chez un enfant né de parents syphilitiques.

Une autre fois, enfin, un symptôme tertiaire bien manifeste s'est déclaré sans symptôme secondaire intermédiaire et pendant la durée même du symptôme primitif. La malade, âgée de 17 ans, avait à la fois des chancres à la vulve et un condylôme ulcéré à l'anus ; et ayant reçu un coup violent sur la tête, il lui survint une périostose ou une exostose du pariétal, qu'on fut obligé de combattre par le proto-iodure de fer. C'est une exception à la règle : M. Cullerier en convient, très-loyalement sans doute, mais aussi un peu imprudemment ; car une exception en suppose d'autres et suffirait seule pour détruire une règle donnée comme absolue. Toutefois, la présence d'un condylôme ulcéré pourrait être prise pour un symptôme secondaire ; et peut-être aussi l'exostose était-elle purement traumatique.

Il est bien remarquable, d'un autre côté, que la plupart de ces malades avaient subi un ou plusieurs traitements mercuriels qui n'avaient en rien enrayé la maladie.

Six avaient fait un traitement contre l'accident primitif ;

Neuf, un traitement contre l'accident primitif, et un second contre l'accident secondaire ;

Treize, un traitement contre l'accident secondaire ; et, chez cinq d'entre eux, c'est pendant ce traitement même que le symptôme tertiaire s'est manifesté.

En voilà donc quinze qui ont fait un traitement mercuriel contre l'accident primitif : n'est-il pas bien remarquable que chez aucun de ceux ci il n'y ait eu interversion des symptômes ou rupture d'un chaînon intermédiaire, comme M. Ricord dit l'avoir observé ?

M. Cullerier pense que la thérapeutique gagnera plus de précision et de certitude à la vérification de cette doctrine. On sait, en effet, que certaines substances antisyphilitiques par excellence, dans la période des accidents tertiaires, ont une valeur au moins très-problématique contre les symptômes secondaires, et sont parfaitement inutiles contre le symptôme primitif.

X. MÉDECINE LÉGALE.

19. *Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées ;* par le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, ex-vice président de la Société anatomique de Paris, membre de la Société médico-chirurgicale de Zurich, etc.

(Annales d'Hygiène publique, octobre 1845.)

Les questions relatives à la constatation de la grossesse, si importantes et si délicates déjà pour la simple pratique, acquièrent en médecine légale une gravité et un intérêt particuliers. Tous les auteurs spéciaux ont insisté sur ce point. Fodéré surtout signale la fréquence et la gravité des questions relatives à la grossesse et les méprises dont elles peuvent être l'objet. M. Devergie fait remarquer, au sujet des grossesses simulées, que « les dispositions de l'art. 27 du Code pénal et des art. 145 et « 752 du Code civil sont tellement importantes, que l'on ne sau- « rait apporter trop de soin à résoudre cette question. » Il engage l'expert à apporter la plus scrupuleuse attention dans son examen, lui recommandant « d'avoir présent à la pensée qu'il est « peut être plus facile de prouver l'existence que de démontrer « l'absence de la grossesse. » Mais si l'on examine la doctrine, on voit que les médecins légistes se sont contentés d'emprunter

aux accoucheurs leurs divisions et leurs théories scolastiques. Ils n'ont guère ajouté que quelques préceptes généraux, sans chercher à réunir et à grouper les observations qui peuvent seules par leur nombre et leur variété fournir dans chaque circonstance particulière les éléments d'une bonne solution. Il serait donc très-important de faire connaître les cas qui sont de nature à jeter quelque jour sur un sujet si obscur. Et, à ce titre, il nous a paru qu'un intérêt singulier s'attachait à un fait extrêmement remarquable qui s'est présenté à notre observation et que nous publions aujourd'hui. Nous y joignons quelques recherches nouvelles dont il nous a fourni l'occasion, touchant la question des grossesses apparentes et simulées.

Obs. I. — *Grossesse prétendue datant de trois ans et demi.—Efforts d'accouchement revenant tous les neuf mois.* — La femme qui fait le sujet de cette observation se nomme Catherine Artaut, née Beziot ; elle est âgée de quarante-quatre ans ; a toujours habité Rochefort (Charente-Inférieure), où elle est née, et n'a jamais eu d'autre état que d'aller travailler en journées. Cette femme, d'une constitution peu robuste, d'un tempérament lymphatique bien dessiné, est arrivée à l'âge de quarante ans sans avoir été sérieusement malade. Elle ne paraît avoir eu aucune affection aiguë, et n'a présenté aucun trouble du côté du système nerveux ni de la menstruation. En somme, elle a joui d'une bonne santé ; mais sa vie a toujours été misérable. Mariée à un marin qui était souvent éloigné d'elle, elle avait peine à se suffire à elle-même. Il ne semble pas qu'elle ait été soumise à aucune influence morale particulière, et rien n'est à noter non plus dans les antécédents de sa famille.

Catherine n'a eu qu'un enfant il y a environ six ans : sa grossesse et sa couche ont été parfaitement régulières. Elle n'avait pas été réglée pendant la durée de la gestation, et était accouchée à terme d'un enfant bien conformé qu'elle a perdu. Sa santé, bien rétablie, ne s'est pas altérée pendant les deux ou trois premières années qui suivirent sa couche. Aucun dérangement n'était survenu notamment dans la menstruation, lorsqu'il y a trois ans et demi environ les règles se supprimèrent sans que la santé en souffrît ; les seins se développèrent, et en même temps le ventre commença à grossir. C'est de ce moment que date l'histoire que raconte cette femme.

Quatre mois et demi après la cessation des règles, elle sentit remuer et n'eut plus de doute sur l'existence d'une nouvelle grossesse. Cependant les règles reparurent vers le cinquième mois, et revinrent dès lors régulièrement jusqu'à l'époque actuelle (nous en avons nous-même constaté l'existence). Au bout de neuf

mois de gestation, le terme étant arrivé, le travail commença ; il fut extrêmement pénible et dura deux jours et deux nuits. Catherine, qui était instruite par sa propre expérience, sentit le produit de la conception descendre ; elle sentit même les eaux s'écouler et des débris de poche sortir. Enfin, pour compléter l'accouchement, il ne manqua qu'une seule chose : un enfant. Les douleurs cessèrent ; mais le ventre, les seins, conservèrent leur volume : la gestation continua.

Depuis cette époque, le ventre n'a pas cessé d'être le siége de mouvements analogues à ceux qui avaient lieu pendant la grossesse. Ces mouvements sont d'autant plus violents que l'enfant et la mère sont restés plus longtemps sans prendre de nourriture. Ils s'accompagnent alors de douleurs très-fortes dans les reins. Dans cet état, Catherine ne peut plus travailler ; elle ne marche qu'avec peine, et a été forcée de passer quelque temps à l'hôpital de Rochefort, où elle a été soumise à l'observation de M. le docteur Clémot. Les approches de son mari, répétées comme d'ordinaire, lui causaient une assez vive douleur. Jamais il n'est sorti de gaz par les parties génitales. Ce n'est pas tout : lorsque arrive le terme fatal de neuf mois, un nouveau travail recommence, tout aussi pénible mais tout aussi infructueux que le premier. Cette époque doit arriver pour la cinquième fois au mois d'octobre prochain. En attendant, lasse de ne trouver dans son pays aucun soulagement, la malade est venue à Paris implorer les secours de la science. Elle est entrée à l'hôpital de la Charité vers la fin du mois de mai 1845, et a été placée dans le service de M. Rayer (1), d'où elle est momentanément passée à la clinique de M. le professeur Bouillaud, qui en a fait l'objet d'une leçon extrêmement intéressante.

L'aspect extérieur de cette femme est assez remarquable. Sa taille, très-petite, offre une disproportion frappante entre les extrémités inférieures, qui sont extrêmement courtes, et le buste, qui est assez développé ; la tête est aussi très-forte ; l'embonpoint est assez considérable ; la peau, et surtout celle de la face, est blafarde, quoique un peu colorée par le hâle. Les cheveux sont d'un blond jaunâtre, courts et rudes. L'expression de la physionomie est presque hébétée ; et cependant les yeux respirent parfois une certaine astuce. La parole est libre, les réponses

(1) Je dois témoigner à ce savant maître toute ma reconnaissance pour cette nouvelle occasion qu'il m'a fournie d'attacher mon nom à des recherches entreprises d'après son invitation. Je remercie aussi vivement M. Cahen, interne distingué des hôpitaux, de m'avoir laissé la liberté d'observer convenablement et de publier ce fait.

assez nettes, la mémoire très-présente en ce qui concerne les détails que nous venons de rapporter. Les seins présentent un certain développement ; ils ne contiennent pas et n'ont jamais contenu de lait. Quant à l'abdomen, il a le volume de celui d'une femme au septième ou au huitième mois de la grossesse ; il est d'ailleurs plus globuleux, mais cependant assez uniformément distendu ; la dépression ombilicale n'est pas effacée. La palpation constate une dureté, une résistance générale et presque partout égale. En déprimant les parois, on ne trouve du reste aucune tumeur dans le ventre. La percussion, soit superficielle, soit profonde, donne partout un son clair presque tympanique, si ce n'est peut-être tout à fait dans le flanc droit où le son est par moments obscur ; il n'y a cependant pas de matité, pas plus que dans la région sus-pubienne. L'auscultation permet de constater avec certitude l'absence de tout bruit de souffle dans le système vasculaire abdominal.

Lorsqu'on applique la main sur le ventre, ou même par la simple inspection, on découvre qu'il est le siége de mouvements très-énergiques, très-variés et presque continuels. Tantôt c'est une ondulation qui va d'un côté à l'autre ; tantôt la masse tout entière se déplace et se porte alternativement à droite et à gauche en s'allongeant de manière à former une saillie considérable d'un côté pendant que l'autre est aplati. Enfin, par moments, c'est un choc rapide, violent, dirigé de haut en bas ou d'arrière en avant, et qui heurte et soulève les parois du ventre. Pendant que ces mouvements s'exécutent, le bassin et le reste du corps demeurent complètement immobiles ; la femme est étendue sur le dos ; les mains seules s'appuient quelquefois sous les reins qui, au dire de Catherine, sont comme déchirés par de vives douleurs. Il est à noter, du reste, que l'observation à laquelle elle est soumise, l'attention dont elle est l'objet, augmentent beaucoup ces accès, qui sont presque nuls lorsqu'elle est tranquille. Quand on la fait descendre de son lit, on voit qu'elle marche péniblement, le corps renversé en arrière, les jambes très-écartées ; elle se balance presque continuellement en se soutenant le ventre avec les mains, afin, dit-elle, de bercer son enfant. Du reste les mouvements ne cessent pas dans la station, ils sont seulement moins violents.

Catherine prétend qu'elle entend souvent l'enfant qu'elle porte dans son sein soupirer et pousser des gémissements plaintifs dont elle imite le son, et qu'elle dit avoir fait entendre à une de ses voisines. Celle-ci, interrogée sur cette circonstance, déclare qu'elle a entendu de simples borborygmes et qu'elle s'est bien gardée d'attribuer ce bruit aux plaintes d'un enfant. Mais une des filles

de service n'hésite pas à affirmer que c'est le cri d'une grenouille ou d'un crapaud. La nuit, bien que la malade soutienne qu'elle ne dort pas, elle a un sommeil très-calme, et se réveille seulement une ou deux fois pour manger.

Le toucher pratiqué par le vagin et par le rectum montre de la manière la plus évidente l'état de vacuité de l'utérus et l'absence de toute tumeur abdominale. Le col de la matrice est dur et allongé; l'orifice est étroit, les lèvres assez fortes et d'une bonne consistance.

Aucun autre trouble n'existe dans l'état général de la femme Artaud. Son appétit est très-bon, ses digestions faciles. Les mouvements et la sensibilité ont partout conservé leur intégrité. Aucun spasme, aucune convulsion, même passagère, ne se remarque dans les muscles des membres ou de la face. La respiration est pure; le pouls, un peu animé par l'examen, bat 96 fois par minute. La chaleur de la peau est normale; l'urine est saine. En un mot, la santé est bonne : il n'existe rien autre chose d'appréciable que le développement du ventre et les mouvements insolites dont il est le siége.

— En résumé, dans l'observation qui précède et sur les détails de laquelle nous avons insisté, parce que, comme il sera facile de s'en convaincre bientôt, ce sont surtout les détails qui manquent dans tous les faits analogues publiés jusqu'à ce jour, on voit, en s'en tenant simplement aux circonstances les plus remarquables et les plus positives, une femme déjà mère présenter, à la suite d'une aménorrhée, un développement graduel et considérable de l'abdomen, des mouvements évidents, des contractions très-énergiques du ventre, sans que l'examen le plus complet et le plus attentif fasse constater dans cette cavité autre chose qu'une accumulation de gaz dans l'intestin. Cependant au neuvième mois de cette prétendue grossesse commence une sorte de travail d'enfantement qui, bien que s'accompagnant, au dire de la malade, de phénomènes caractéristiques, tels que l'expulsion des eaux et de quelques débris de membranes, n'aboutit en réalité qu'à de stériles douleurs, et, chose plus extraordinaire encore, laisse la femme exactement dans le même état. Enfin, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, le ventre conserve son volume, est toujours agité des mêmes mouvements; la femme ne doute pas qu'elle ne porte dans son sein un enfant, dont elle entend les cris, qu'elle berce pour l'apaiser, qui s'agite lorsqu'il a faim, et qui enfin, tous les neuf mois, tente un nouvel effort pour s'échapper de la prison où il est retenu.

En présence de ce cas à la fois si extraordinaire et si com-

plexe, il était impossible que l'attention ne fût pas vivement frappée et que des idées très-diverses ne s'éveillassent pas dans l'esprit des observateurs. Mais ce n'était qu'après avoir cherché dans la science les faits analogues et réuni les éléments d'un jugement comparatif, qu'il était permis de l'interpréter sûrement et de lui restituer avec certitude le sens qui lui appartient : cette étude pouvait en même temps conduire à une appréciation plus complète et plus juste des différentes formes qu'il convient d'établir, au point de vue de la médecine légale, parmi les grossesses apparentes. Je ne puis espérer d'avoir résolu les questions très-nombreuses que soulève ce sujet ; j'aurai seulement tenté de les poser plus nettement et dans un nouveau jour.

§ I. — Avant de présenter le résultat de ces recherches, il convient d'exposer d'une manière sommaire la doctrine que professent d'un commun accord les accoucheurs et les médecins légistes, relativement à la constatation de l'état de grossesse. On sait que les signes sur lesquels se fonde la connaissance de la grossesse sont divisés en signes certains et signes incertains. Ceux-ci comprennent en général tous les phénomènes propres à la mère, tels que l'aménorrhée, le développement du ventre et des seins, la sécrétion du lait, le bruit de souffle qui s'entend dans les gros vaisseaux du bassin, l'inappétence, les nausées, les vomissements, et tous les troubles sympathiques que provoque l'état nouveau de l'utérus. Quant aux premiers, ils se composent exclusivement des phénomènes que l'on peut dire propres à l'enfant, ou du moins physiquement produits par sa présence : c'est-à-dire les mouvements actifs et les bruits du cœur. Il nous semble qu'il faudrait ajouter encore, pour embrasser tous les cas, le travail de l'accouchement et l'expulsion d'un fœtus mort ou vivant, ou enfin sa présence anatomiquement constatée dans un point autre que la cavité utérine et abstraction faite des monstruosités par inclusion. Mais à part les bruits du cœur et l'existence avérée d'un produit de conception mis au jour, ou mort et retenu dans le sein de sa mère, l'un et l'autre ordre de signes, certains ou incertains, peuvent, dans des circonstances particulières, se produire plus ou moins nettement et avec une apparence de réalité plus ou moins grande, en dehors de l'état de gestation. De cette incertitude de presque tous les signes de la grossesse, admise à des degrés divers par les auteurs, est résultée pour les médecins légistes la nécessité de poser en principe qu'il ne fallait se prononcer qu'alors que l'on avait constaté d'une manière positive l'ensemble des signes certains. Cependant on a bien été forcé de reconnaître que, d'une part, la constatation positive n'était

pas toujours possible; que, de plus, certains faits se présentaient entourés d'une obscurité telle que des méprises nombreuses avaient été commises, et qu'il était par conséquent nécessaire d'admettre et de distinguer des grossesses fausses, apparentes et simulées. C'est ce qui a fait dire à M. le professeur Tourdes, dans son excellente dissertation, que : « Si l'existence de la grossesse, « en médecine légale, ne peut être établie que sur les signes « certains, il n'en est pas moins important de rechercher quelles « sont les affections qui la simulent. » Or, ces cas de grossesses simulées ne peuvent être convenablement distingués et classés, qu'à la condition de prendre pour point de départ une analyse exacte et soigneusement étudiée de leurs éléments mêmes, c'est-à-dire des phénomènes qui, par une fausse analogie, rappellent plus ou moins complètement quelques-uns des signes les plus certains de la grossesse.

C'est là la marche que nous suivrons; et sans nous attacher à ceux des phénomènes de la grossesse qui sont décidément sans valeur, ou qui ne peuvent donner isolément que de vagues soupçons, nous aurons à rechercher dans quelles conditions, autres que l'état de gestation, peuvent se produire, chez la femme, la cessation des règles, le développement du ventre, le gonflement de la glande mammaire et la sécrétion du lait; des mouvements particuliers, des contractions abdominales énergiques et caractéristiques; et enfin un ensemble de douleurs et d'efforts prolongés plus ou moins analogues au travail de l'enfantement. Lorsque nous aurons terminé cette étude dans laquelle nous ne hasarderons pas un mot qui n'ait pour appui les faits que la science possède, nous serons en mesure d'établir quelques espèces bien caractérisées parmi les différentes formes de grossesses apparentes, et d'assigner au fait remarquable que nous venons de rapporter la place qui lui convient au milieu de ces affections extraordinaires.

§ II. — *Aménorrhée, développement du ventre et des seins, etc.* — Nous n'aurions pas à insister sur ces phénomènes, en raison du peu de valeur qu'on leur attribue dans la constatation de la grossesse, si leur existence, à peu près constante au début de la gestation, ne leur donnait une grande importance aux yeux des femmes, et si par suite ils ne devenaient ordinairement le point de départ de tous les accidents qui se montrent plus tard dans le cours des fausses grossesses. Du reste, c'est à ces signes incertains que se sont le plus attachés les auteurs. On comprend en effet combien sont nombreuses et variées les causes qui, outre la grossesse, peuvent amener chez les femmes une intumescence

du ventre. Et ce qui est à la fois plus remarquable et plus important pour notre sujet, c'est que les seins participent en général à cette augmentation de volume, et présentent, lors même que l'utérus est tout à fait étranger au gonflement du ventre, un surcroît de vitalité quelquefois très-marqué. Sans vouloir énumérer toutes les conditions dans lesquelles se montrent les signes dont il est question ici, nous indiquerons les principales.

A. Mauriceau cite quatre observations dans lesquelles le développement naturel de l'embonpoint, coïncidant avec la diminution ou la cessation des règles, avait fait croire à une grossesse. Les femmes, qui pour la plupart étaient près de l'âge de retour, avaient cru sentir remuer, alors quelles n'éprouvaient que de simples tressaillements, et l'une d'elles s'était crue à terme et même en travail.

B. L'aménorrhée peut produire les mêmes résultats. Russel parle d'une femme qui ayant tous les symptômes de la grossesse, suppression des règles, volume du ventre, seins gorgés de lait, mouvements du fœtus, en fut débarrassée au bout du neuf mois par une perte. Les mêmes phénomènes revinrent ainsi tous les neuf mois pendant vingt ans. A l'autopsie, on trouva les organes génitaux dans l'état naturel.

C. Les états organiques variés qui ont leur siége soit dans l'utérus, soit dans les autres viscères abdominaux, soit enfin dans le péritoine, forment un groupe très-distinct et facile à caractériser parmi les grossesses apparentes. C'est ainsi que la physométrie, l'hydrométrie, le développement d'hydatides dans l'utérus, etc., ont pu donner lieu à des méprises. Mais il y a là une question de diagnostic anatomique qui ne doit pas nous occuper, et que les moyens physiques, et en particulier la percussion, doivent d'ailleurs rendre beaucoup moins obscure. La tympanite intestinale est plus fréquente et donne lieu à des phénomènes plus complexes et plus saillants. L'exemple suivant en donnera une idée très-complète.

Obs. II. — *Grossesse apparente produite par une tympanite intestinale.* — Une jeune dame éprouve quelque temps après son mariage une suppression de règles, accompagnée de dégoût, de salivation, de nausées, de légers vomissements, de gonflement dans les seins. Le ventre se tend peu à peu. A l'époque du quatrième mois, cette dame sent des mouvements intérieurs qu'on prend pour ceux de l'enfant. Elle se porte d'ailleurs très-bien, conserve son embonpoint; ses digestions se font avec facilité. Les mamelles filtrent une sorte d'humeur laiteuse ; l'aréole brunit ; tout, en un mot, fait croire à l'existence d'une bonne et

vraie grossesse. Levret, qui devait accoucher cette dame, le pensait ainsi. La mort ayant enlevé cet accoucheur, on fait choix, pour le remplacer, de Baudelocque qui fait sa première visite avec Lorry. Ce médecin, en portant la main sur le ventre de la dame, dit qu'il sent les mouvements de l'enfant. Baudelocque porte à son tour la main sur le ventre, sent un mouvement intérieur, mais déclare que ce n'est pas là le mouvement d'un enfant ; il touche, trouve la matrice petite, non développée et dans un très-grand état de maigreur. Il annonce qu'il n'existe pas de grossesse et que la tension des parois du ventre est due à de l'air contenu dans les intestins. Vingt-quatre heures après cet examen, la dame éprouve quelques douleurs et pense que son accouchement va se terminer. Se croyant à la fin du neuvième mois de sa grossesse, elle prépare tout ce qui lui est nécessaire, se couche, et fait appeler Baudelocque qui revient, touche une seconde fois et porte le même jugement. Peu de temps après, il se manifeste des coliques qui sont suivies de l'expulsion d'une très-grande quantité d'air par l'anus et de l'affaissement du ventre.

—On doit encore indiquer l'ascite comme rentrant dans les faits de cet ordre. Mais il est bien entendu que l'affection organique se présente ici avec les signes qui lui sont propres et qui doivent rendre l'erreur plus difficile.

D. Il n'en est pas de même dans ces gonflements du ventre que l'on pourrait appeler idiopathiques, et qui sont le degré le plus simple, la forme élémentaire, en quelque sorte, des grossesses fausses.

Obs. III. — *Grossesse dite nerveuse simple.* — Une jeune femme de 20 ans, ayant déjà eu un enfant, présente un développement considérable du ventre et de l'utérus sans cessation des règles, sans aucuns mouvements dans le ventre, et qui disparaît tout à coup au bout d'un an sans issue de liquide ou de gaz par la vulve.

—E. Enfin, les cas de grossesse simulée se bornent quelquefois à la grossière supercherie d'un ventre postiche. Marc ne suppose pas d'autre simulation que celle qui a lieu au moyen de coussins appliqués sur l'abdomen. Bœcler, sous un titre qui semble promettre beaucoup, publie une observation complétement dépourvue d'intérêt. Il s'agit simplement d'une mendiante qui simulait une tuméfaction considérable du ventre au moyen d'un sac qu'elle portait sous les vêtements, et dont la fraude, protégée par son refus opiniâtre de se laisser examiner, ne fut découverte qu'à sa mort. L'auteur, qui est saisi à ce sujet d'une indignation beaucoup trop vive, fait suivre son récit de plusieurs autres

observations qui n'ont trait qu'à de fausses grossesses par hydropisie ou par maladie organique de l'utérus.

§ III. — *Mouvements.* — On sait que vers le milieu du quatrième mois de la vie intra-utérine, le fœtus commence à exécuter des mouvements partiels ou généraux qui, d'abord appréciables pour la mère seulement, acquièrent bientôt assez d'énergie pour soulever les parois de l'abdomen et être perçus par l'observateur. Il ne nous appartient pas de nous étendre sur le mécanisme et les caractères propres de ces mouvements. Mais il importe de constater quel degré de valeur séméiologique on leur accorde en médecine légale. M. Orfila s'exprime à ce sujet de la manière suivante : « Ce signe, qui paraîtrait au premier « abord devoir permettre d'affirmer que la femme est ou n'est « pas enceinte, présente pourtant beaucoup d'incertitude : non-« seulement il y a des femmes qui n'ont senti de pareils mou-« vements à aucune époque de la grossesse ; mais il en est beau-« coup d'autres chez lesquelles des contractions spasmodiques de « l'utérus et des intestins simulaient tellement les mouvements « du fœtus qu'elles se disaient enceintes. Ant. Dubois, que l'on « n'accusera certainement pas d'observer légèrement, rapporte « qu'ayant appliqué la main sur l'abdomen d'une femme qui se « croyait au cinquième mois de sa grossesse, il sentit ces mou-« vements spasmodiques qu'il prit pour ceux de l'enfant. »

On doit reconnaître l'exactitude de cette appréciation ; il est à regretter seulement qu'elle soit incomplète et trop peu explicite. C'est un reproche que mérite bien plus encore l'opinion de M. Devergie, ainsi formulée : « Aucun état anormal ou patholo-« gique ne peut faire naître ce caractère ; mais les mouvements « péristaltiques des intestins et l'état convulsif de l'utérus ont « quelquefois été pris pour les mouvements actifs du fœtus, « surtout lorsque les intestins contenaient beaucoup de gaz. A « part ces deux circonstances, il n'en est aucune autre avec « laquelle il puisse être confondu. La mère peut commettre « beaucoup d'erreurs à ce sujet, et ces erreurs ont été faites « non-seulement par des femmes primipares, mais encore par des « femmes qui avaient déjà eu plusieurs enfants. Elles ont déclaré « sentir très-distinctement les mouvements de l'enfant jusqu'à « une époque très-avancée de leur grossesse présumée ; et ce-« pendant elles n'étaient pas enceintes. » Il est évident que l'auteur que nous venons de citer n'a pas prévu toutes les circonstances dans lesquelles peuvent se produire des mouvements plus ou moins analogues aux mouvements actifs du fœtus, et qu'il a par conséquent été conduit à accorder à ce signe une trop grande

confiance. D'ailleurs, ni M. Orfila, ni M. Devergie n'ont tenu compte des contractions des muscles abdominaux, qui jouent certainement dans certains cas un rôle très-important. C'est ce que démontrerait positivement, quand bien même elle serait unique, notre première observation. Il résulte néanmoins des citations que nous venons de faire que des méprises ont été commises, non-seulement par des femmes chez lesquelles l'illusion est facile à comprendre, mais même par les plus habiles observateurs. Ce sont précisément les conditions de ces erreurs que nous devons nous efforcer de préciser en recherchant dans quels cas ont pu se produire des mouvements comparables à ceux qui ont lieu chez les femmes enceintes. Nous suivrons ici la marche que nous avons adoptée dans l'étude des intumescences du ventre.

A. Déjà nous avons vu dans les diverses affections organiques dont nous avons parlé plusieurs exemples de mouvements analogues à ceux du fœtus. Il y a en effet dans certaines maladies de l'utérus une condition favorable à leur production. Les môles ou faux germes, quelle que soit leur nature, peuvent s'accompagner de quelques-uns de ces phénomènes qui ont été remarquablement appréciés par Mauriceau : « Ce n'est pas, dit-il, que la « femme qui a une môle dans la matrice ne sente quelquefois « une espèce de mouvement, comme je l'ai veû arriver à plusieurs « femmes ; mais ces sortes de mouvements sont bien différents « de ceux d'un enfant, car l'enfant a de soy un mouvement vo- « lontaire de totalité et de partialité. Si la femme qui a une « môle sent remuer quelque chose d'extraordinaire dans son « ventre, ce sont des tressaillements ou espèces de mouvements « convulsifs de la matrice qui sont causez par l'irritation du corps « étrange qu'elle contient. J'ay veû des femmes en avoir de si « violents, qu'on eust dit qu'elles auroient eû effectivement plu- « sieurs animaux enfermez dans leur ventre. » Les altérations organiques du tissu, même de la matrice, peuvent, bien rarement sans doute, donner lieu à quelques mouvements qu'il doit être difficile de confondre, mais qui ont cependant pu l'être.

Obs. IV. — *Engorgement de l'utérus simulant la grossesse.* — Il s'agit dans cette observation, que nous ne pouvons rapporter en entier, d'un engorgement simple de l'utérus qui s'était accompagné de quelques-uns des phénomènes généraux de la grossesse... « Le volume du ventre s'accrut de jour en jour ; les mouvements de l'enfant devinrent plus prononcés d'après le dire de la femme ; cependant, ajoutait-elle, ils ne sont pas si forts, ni si fréquents, ni de la même espèce que dans mes grossesses précédentes. Le toucher constate simplement un gonflement du seg-

ment inférieur de la matrice avec effacement du col sans dilatation de l'orifice, mais aucune trace de fœtus ni d'un autre corps étranger. »

— L'accumulation de gaz dans la matrice ou dans le tube digestif, et le déplacement de ces gaz, amènent par une cause toute physique des mouvements particuliers qui méritent d'être étudiés.

Obs. V.—*Physométrie accompagnant la grossesse.* — La femme qui fait le sujet de cette observation présentait une pneumatose probablement utérine, en même temps qu'elle était enceinte... Ordinairement, à deux heures après midi elle commençait à ressentir des douleurs lancinantes dans toutes les parties du bas-ventre, qui devenaient plus aiguës et plus fréquentes jusqu'à la fin de la soirée. Ces douleurs allaient ensuite en diminuant, et deux ou trois heures avant midi elles disparaissaient tout à fait. Pendant ces entrefaites, on pouvait sentir au bas-ventre de petites tumeurs de la grosseur d'une noix ou de celle d'un œuf de poule, mobiles et disparaissant avec une grande rapidité lorsqu'on cherchait à les suivre : on le pouvait pendant quelques instants; mais il arrivait tout à coup de les voir s'évanouir sous les doigts. »

— M. le professeur P. Dubois, qui a analysé avec un si profond esprit d'observation le mécanisme des mouvements du fœtus, a bien voulu me donner quelques détails sur deux faits qui ne sont pas sans analogie avec le précédent, et qui peuvent servir à caractériser cette espèce particulière de mouvements dus à un déplacement de gaz. Dans l'un, il s'agit d'une femme qui se croyait enceinte depuis plusieurs années ; l'autre ne croyait l'être que de quelques mois. Toutes les deux avaient le ventre développé, et l'on y remarquait des soulèvements partiels, successifs, se faisant très-rapidement dans différents points du ventre, et simulant un mouvement d'ondulation assez comparable à ceux d'un fœtus. Il n'y a pas eu d'efforts d'accouchement : c'étaient de simples tympanites hystériques.

L'épanchement d'un liquide dans le péritoine, qu'il n'est pas très-rare de voir associé à certains phénomènes propres à la grossesse, peut, dans quelques circonstances particulières, s'accompagner de mouvements abdominaux qui ajoutent aux chances d'erreur. Schimtt, dans l'intéressant mémoire que nous avons eu déjà occasion de citer, rapporte cinq exemples d'ascite confondue avec une grossesse. Dans l'un de ces cas, la femme prétendait « sentir des mouvements comme dans la grossesse, et « qui devaient se remarquer à l'extérieur par des élévations « momentanées de différents points du ventre... Les mouvements

« dans le ventre continuaient et se laissaient si bien voir et « sentir extérieurement, que même son médecin, d'ailleurs très- « judicieux, fut induit en erreur. » L'observation suivante, qui appartient à P. Frank, est plus remarquable encore par les détails qu'elle renferme et qu'a confirmés l'autopsie cadavérique.

Obs. VI. — *Ascite avec tumeurs flottantes dans le péritoine, simulant la grossesse et les mouvements du fœtus.* — Nous avons traité sans succès, à Bruchsal, pendant quelques semaines, une femme de quarante-quatre ans, affectée d'une ascite consécutive à la phthisie pulmonaire. Elle nous retira sa confiance, surtout parce que nous ne voulions pas croire avec elle qu'elle était enceinte. « Je suis mère de huit enfants, nous disait-elle ; les mouvements du fœtus dans la matrice ne me sont donc pas inconnus. » En effet, appliquant les deux mains froides sur le bas-ventre, nous sentions nous-même des mouvements assez forts dans la région de l'utérus, comme si l'enfant donnait des coups de genou ou de coude. Nous avions bien présents à la mémoire quelques exemples de grossesses tardives ; mais comme l'utérus paraissait vide en l'explorant avec le doigt, nous persistâmes dans la négative. On appela un autre médecin très-expérimenté ; il se laissa induire en erreur par l'assertion de la femme et par les mouvements qu'il reconnut dans le bas-ventre. Enfin la malade mourut au bout de trois semaines. On se hâta de pratiquer l'opération césarienne ; il sortit de la cavité abdominale une grande quantité d'eau : l'utérus était racorni et rapetissé comme chez les femmes avancées en âge ; quelques tumeurs dures, anguleuses, étaient adhérentes au péritoine par des pédicules membraneux assez longs. Ces tumeurs libres et flottantes dans la cavité avaient simulé les mouvements du fœtus.

—B. Dans les faits qui précèdent, nous avons toujours rencontré une condition physique, et en quelque sorte matérielle, à laquelle pouvaient être rapportés plus ou moins directement les mouvements dont l'abdomen était le siége. Il n'en est pas toujours ainsi. On voit, en effet, de simples mouvements spasmodiques et convulsifs des muscles du bas-ventre, pris pour les mouvements actifs d'un fœtus. Schmitt l'a observé deux fois chez des femmes hystériques ; et l'on peut rattacher à cette catégorie le fait curieux cité par De la Motte.

Obs. VII. — *Fausse grossesse avec commencement de travail prématuré et mouvements sensibles.* — « Le 29 décembre de l'année 1685, une femme âgée de quarante-cinq ans ou environ, de la paroisse de Morville, et mariée en secondes noces, me consulta sur sa grossesse. Elle en avait véritablement tous les signes équi-

voques. Parvenue entre le sixième et le septième mois, après une chute de cheval, elle fut attaquée de douleurs dans le ventre avec une légère perte de sang. Elle m'envoya quérir en diligence. Je trouvai cette femme avec des douleurs qui ressemblaient beaucoup à celles de l'accouchement et avec un mouvement sensible à la vue et à la main ; mais je trouvai la matrice dans l'état naturel. » De La Motte ajoute : « Le mouvement sensible que j'y remarquai fit que je la crus grosse, jusqu'à ce que je l'eusse touchée pour m'en instruire à fond. Je jugeai que ce mouvement sensible qui se faisait remarquer, était causé par la quantité d'humeurs qui s'étaient aigries par leur long séjour, lesquelles, venant à irriter la matrice, donnaient occasion à ce mouvement. »

— G. Les médecins légistes, comme nous l'avons dit déjà, n'ont pas signalé la possibilité de ces contractions isolées des muscles abdominaux. Et l'on voit pourtant quelle importance on doit leur accorder dans la question qui nous occupe. Il faut reconnaître que les cas en sont rares ; mais un intérêt tout particulier doit s'attacher à ces convulsions partielles comme à l'un des phénomènes les plus curieux des affections nerveuses. En effet, on les a constatées non-seulement dans l'hystérie, mais encore dans certaines formes de la folie. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter en entier un fait extrêmement intéressant que nous empruntons au livre si remarquable de M. Leuret.

Obs. VIII. — *Mouvements convulsifs du ventre chez une hypochondriaque.* — Je connais une dame de beaucoup d'esprit, ordinairement très-gaie, qui se dit convulsionnaire et qui demande sans cesse qu'on la guérisse. Elle a environ cinquante ans ; et depuis plus de vingt ans elle porte une tumeur de l'ovaire. Cette tumeur est ordinairement sans aucune douleur. Cependant, il y a dix ans déjà, la tumeur étant devenue douloureuse, il s'établit dans les muscles du bas-ventre des mouvements presque continuels. En même temps l'état moral avait tout à fait changé : le caractère était devenu chagrin ; les idées, fixées sur la maladie du bas-ventre, ne pouvaient être détournées par aucune distraction. La maladie dura plus d'une année, et disparut en laissant la tumeur dans le même état qu'auparavant. Après dix ans de calme, les mouvements du ventre sont revenus, et avec eux les plaintes incessantes qui les avaient accompagnées la première fois. « Guérissez-moi, docteur, guérissez-moi ; je ne puis plus vivre comme cela : je veux me tuer. Dites-moi que je serai guérie bientôt. Il faut me déchirer le ventre, c'est le diable que j'ai là-dedans... Je souffre comme une damnée, j'en deviendrai folle ;

il faut que vous me guérissiez... Je ne dors pas, je m'assoupis quelquefois; mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit : guérissez-moi; voyez mon ventre comme il va. » En même temps les muscles de son ventre sont agités d'une sorte de mouvements convulsifs si fréquents qu'on en pourrait compter plus de cent dans une minute. Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est bon, les digestions ne présentent rien de dérangé ; elle dit elle-même : « Je me porte bien, il n'y a que ces mouvements du ventre. » Pendant le jour et surtout si elle n'est pas avec des médecins, elle a de longs intervalles de calme d'esprit, pendant lesquels les mouvements du ventre, qu'elle dit continuels, cessent complétement... Cette dame a, du reste, fini par rentrer dans sa famille, non tout à fait guérie, mais beaucoup mieux portante. »

— Les considérations dont M. Leuret fait suivre cette observation sont aussi justes que profondes. Elles ont, surtout à notre point de vue, une très-grande portée, et nous ne pouvons les négliger. « Cette dame est-elle malade? Sans doute, car elle porte une « tumeur considérable de l'ovaire. L'ovaire tuméfié est-il dou- « loureux ? Je le crois ; mais je crois aussi que la douleur dont il « est le siége n'est pas du tout en rapport avec les plaintes dont « elle est l'occasion. Je crois aussi que les mouvements prétendus « convulsifs du bas-ventre sont tout à fait volontaires et que « leur extrême vitesse tient à l'habitude que la malade a prise « de les opérer. Je vois ici l'attention presque continuellement « fixée sur une maladie légère et s'accompagner de terreurs non « motivées ; c'est une aberration de l'entendement, c'est une « des aberrations auxquelles on donne le nom d'hypochondrie. « Les mouvements violents et en apparence convulsifs de quel- « ques parties du corps ne sont pas très-rares chez les hypochon- « driaques. J'en ai vu entre autres un exemple bien remarquable « chez un malade traité par M. Esquirol. Ce malade agitait si « violemment sa poitrine, que l'homme le plus haletant ne pour- « rait pas lui être comparé. Je ne sais comment il suffisait à la « fatigue qui devait en résulter, car il continuait quelquefois « pendant des heures entières. »

Je suis très-disposé pour ma part à adopter la manière de voir de M. Leuret, sinon dans tous les cas, au moins dans un grand nombre de ceux que nous avons cités. Pour notre première observation, par exemple, n'est-il pas évident que c'est à cette catégorie de faits qu'il convient de la rattacher. Donnez en effet à l'hypochondriaque de M. Leuret l'idée d'une grossesse, son histoire devient tout à fait analogue à celle de notre malade. Au lieu de s'écrier : Docteur, guérissez-moi ! elle demandera

qu'on la délivre. Ces mouvements convulsifs si violents, évidemment volontaires, se suspendant lorsque la malade est calme ; ces douleurs, sinon feintes, du moins exagérées ; cette continuelle préoccupation, enfin, attestent chez l'une et chez l'autre de ces femmes une de ces aberrations de l'entendement dont parle M. Leuret. Le point de départ seul paraît différent. Dans un cas, il s'agit d'une tumeur de l'ovaire, et nous avons vu beaucoup de grossesses apparentes dues à des affections organiques ; dans l'autre, il y a eu peut-être une suppression de règles et une simple tympanite au début. Nous aurons bientôt, du reste, de nouvelles preuves à donner à l'appui de cette interprétation.

D. Nous sommes amené par ces exemples de mouvements, en partie volontaires chez ces aliénés, à parler des mouvements simulés. Et cette transition n'était pas inutile ; car il est au premier abord assez difficile de comprendre la possibilité de la simulation dans ce cas. En effet, les muscles abdominaux sont de ceux qui, par leurs fonctions mixtes, appartiennent à la fois à la vie de relation et à la vie organique, et dont, par conséquent, l'action est en partie soumise et échappe en partie à l'influence de la volonté. Aussi est-il fort extraordinaire de voir dans les contractions de ces muscles, non pas une énergie considérable, mais une activité, une souplesse en quelque sorte, et une indépendance assez grandes pour simuler des mouvements partiels, successifs et comme ondulés. C'est pourtant là qu'en sont arrivées ces femmes qui, comme celle de notre première observation, peuvent contracter isolément et successivement les muscles abdominaux d'un seul côté, rompant ainsi cette action énergique qui unit dans un but commun les différents éléments de la paroi musculeuse de l'abdomen. L'instinct du mensonge, le besoin de simulation qui est propre à tant d'individus du sexe féminin, a pu acquérir, par l'exercice, cette faculté qu'une aberration de l'entendement peut donner. Et dès lors, on le conçoit, il faut admettre pour la simulation de la grossesse d'autres moyens moins simples et moins naïfs que ceux qu'ont signalés Bœcler et Marc. On verra, du reste, par les faits que nous allons rapporter, à quel point peuvent être reproduits volontairement des mouvements du ventre, analogues à ceux qui constituent l'un des signes réputés les plus certains de la gestation. Mauriceau raconte, avec trop peu de détails, malheureusement, un des faits les plus remarquables que l'on puisse trouver en ce genre.

Obs. IX. — *Simulation de mouvements du ventre ayant duré plus de huit ans.* — M. Rodier, mon confrère, amena, en l'année 1666, en nostre chambre d'assemblée de Saint-Côme, une femme

âgée pour lors de quarante ans, laquelle il me fit voir et à plus de trente autres confrères pour sçavoir quelle pouvoit estre la cause des grands et très-fréquents mouvements douloureux qu'elle sentoit dans le ventre depuis plus d'un an et demi, lesquels estoient si manifestes qu'on voyoit souvent son ventre estre aussi fortement agité en plusieurs différents endroits que si elle eust eû deux ou trois enfants dedans, et l'avoit mesme aussi gros, et le sein, que si elle eust esté preste d'accoucher ; ce qui luy a toûjours duré de la sorte depuis ce temps-là jusques au mois de juin de l'année 1674, que je vis encore cette femme dans toutes les mesmes dispositions auxquelles je l'avois veûe il y avoit près de huit ans, faisant assez passablement bien toutes ses fonctions, et n'ayant aucune autre notable incommodité que la douleur que luy causoient ces violents et fréquents mouvements qu'elle sentoit, ou plûtost qu'elle feignoit sentir dans son ventre qui estoit toûjours très gros : mais je découvris pour lors qu'elle faisoit volontairement tous ces mouvements par une pure affectation de faire admirer en elle une chose qui paraissoit si extraordinaire aux yeux de tous ceux qui la voyoient. »

— Il est sans doute très-regrettable que Mauriceau ne soit pas plus explicite sur certains détails de cette curieuse observation, et qu'il ne fasse pas connaître la cause organique du gonflement du ventre, la nature des mouvements dont il était le siége, et enfin les preuves que l'on a eues de la simulation. Néanmoins il est impossible de ne pas être frappé de l'énergie de ces contractions des muscles abdominaux qui simulaient les mouvements de deux ou trois enfants. On ne saurait nier non plus la similitude que ce fait présente avec quelques-unes de nos observations, et nommément avec la première. Il est encore un cas bien remarquable, rapporté par Ambroise Paré, et qui met hors de doute cette faculté singulière, acquise à certaines femmes, de produire à volonté des mouvements partiels, isolés et successifs dans différents points de la paroi abdominale. Je ne résiste pas au désir de citer textuellement cette observation intéressante à tant de titres.

Obs. X. — *D'vne grosse garce de Normandie qvi feignoit avoir vn serpent dans le ventre.* — L'an 1561 vint en ceste ville vne grosse garce fessue, potelée et en bon poinct, aagée de trente ans ou enuiron, laquelle disoit estre de Normandie, qui s'en alloit par les bonnes maisons des dames et damoiselles leur demandant l'aumosne, disant qu'elle auoit un serpent dans le ventre, qui luy estoit entré estant endormie en vne cheneuière : et leur faisoit mettre la main sur son ventre pour leur faire sentir le mou-

vement du serpent qui la rongeoit et tourmentoit iour et nuict, comme elle disoit. Ainsi tout le monde luy faisoit aumosne par vne grande compassion qu'on auoit de la voir, ioinct qu'elle faisoit bonne pipée. Or, il y eut vne damoiselle honorable et grande aumosnière qui la print en son logis et me fit appeler (ensemble monsieur Hollier, docteur, régent en la Faculté de médecine, et Germain Cheual, chirurgien iuré à Paris), pour sçauoir s'il y auroit moyen de chasser ce dragon hors le corps de ceste pauure femme; et l'ayant veue, monsieur Hollier luy ordonna vne médecine qui estoit assez gaillarde (laquelle luy fit faire plusieurs selles) tendant à fin de faire sortir ceste beste : néant moins ne sortit point. Estant de rechef r'assemblés, conclusmes que ie luy mettroit un speculum au col de la matrice, et partant fut posée sur vne table où son enseigne fut desployée pour luy appliquer le speculum, par lequel ie feis assez bonne et ample dilatation pour sçavoir si on pourroit aperceuoir queüe ou teste de ceste beste : mais il ne fut rien aperçu, excepté un mouvement volontaire que faisoit la dite garce par le moyen desdits muscles de l'égigastre : et ayant conneu son imposture, nous retirasmes à part où il fut résolu que ce mouuement ne venoit d'aucune beste, mais qu'il se faisoit par l'action desdits muscles. Et pour l'espouuanter et connoistre plus amplement la vérité, on luy dist qu'on reïtereroit à luy donner encore une autre médecine beaucoup plus forte à fin de luy faire confesser la vérité du fait : et elle craignant reprendre vne si forte médecine, estant asseurée qu'elle n'auoit point de serpent, le soir mesme s'en alla sans dire adieu à sa damoiselle, n'oubliant à serrer ses hardes et quelques vnes de ladite damoiselle; et voilà comme l'imposture fut descouverte. Six iours après, ie la trouuay hors la porte de Montmartre sus un cheual de bast, iambe de çà, iambe de là, qui rioit à gorge desployée et s'en alloit auec les chassemarées, pour auec eux (comme ie croy) faire voler son dragon et retourner en son pays.

Il existe en ce moment (juillet 1845) à l'hôpital de la Charité, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Velpeau, une femme qui croit avoir plusieurs serpents dans le ventre. Mais cette femme, dont l'histoire pleine d'intérêt ne peut trouver place ici, est évidemment folle, et ne présente ni tuméfaction apparente, ni mouvements particuliers du ventre.

Enfin, pour compléter ce qui est relatif à la simulation, je me bornerai à noter le fait suivant. Dans un cas de gonflement du bas-ventre et des mamelles, dependant d'un état hystérique confondu avec une grossesse, Schmitt révèle une circonstance qui

serait assez curieuse si elle se vérifiait. Il dit, en parlant de la femme soumise à son observation : « Elle se frotta fortement la région sacrée avec une main, ce qui fut suivi d'une élévation visible et d'une tension manifeste de tout le bas-ventre. Elle confondait ces mouvements de la paroi abdominale avec ceux d'un enfant. » Il ne faut sans doute pas s'arrêter à l'interprétation que semblent supposer les termes dans lesquels est faite cette remarque. Mais il n'est pas impossible que le geste de la malade dont parle Schmitt ait eu moins pour objet de frotter les reins que de donner aux membres supérieurs un point d'appui nécessaire pour l'exécution des mouvements de la paroi abdominale. C'est, du reste, ce que j'ai cru moi-même observer plusieurs fois chez la femme qui fait le sujet de la 1re observation. (*La suite à un prochain numéro.*)

XII. GÉNÉRALITÉS.

20. *Cliniques chirurgicales.*

(Gazette médicale de Paris, N° 3, 1846.)

1° *Contractures syphilitiques.*

Existe-t-il des contractures syphilitiques? quels en sont la nature et le siége précis? Cette triple question a été traitée par M. Ricord dans une de ses leçons cliniques à l'hôpital des Vénériens. Pour ce professeur, cette espèce de contracture existe, mais elle diffère totalement de celle qu'on remarque à la suite des lésions du système nerveux. Elle consiste en un raccourcissement précédé et accompagné de douleurs ; elle se produit peu à peu ; le muscle perd ainsi graduellement la faculté de s'allonger, son tissu s'altère : « c'est une matière plastique particulière qui s'y dépose et qui l'annihile. Le muscle se coagule, si nous pouvons nous exprimer ainsi, et de là, dans un espace de temps plus ou moins long, dégénérescence fibreuse, cartilagineuse, osseuse même ; hypertrophie du muscle d'abord, plus tard atrophie. » Telle est l'idée que se forme M. Ricord des contractures syphilitiques, et, à cause de cette manière de voir, il propose de consacrer exclusivement à ce genre de raccourcissement le mot de *rétraction*, réservant à celui qui résulte des lésions véritables du système nerveux le mot de *contracture*. En un mot, pour M. Ricord et les médecins de son école, la contracture musculaire syphilitique est le résultat d'une altération particulière de la

nutrition du muscle, et le raccourcissement ne serait que le résultat de la coagulation et de la disparition successive de la fibre musculaire proprement dite. Disons d'avance que cette manière de voir, que les termes mêmes qui l'expriment devant influer sur le traitement de la maladie, c'est pour cela que nous nous y arrêtons.

Les contractures musculaires syphilitiques existent, c'est un fait certain et établi par toutes les preuves possibles. Cependant bon nombre de chirurgiens le nient, et récemment encore les deux manières de voir ont été discutées contradictoirement dans une Société de chirurgiens. Pour ne conserver aucun doute à cet égard, il suffit de rappeler qu'il n'est pas rare de rencontrer, chez des sujets affectés de syphilis invétérée (car la contracture est un accident tertiaire), de ces raccourcissements musculaires très-opiniâtres, et qui disparaissent, en même temps que d'autres accidents du même ordre, sous l'influence d'un traitement spécifique approprié. Mais les développements qui vont suivre, en même temps qu'ils fixeront peut-être la véritable idée qu'on doit se faire des contractures syphilitiques, ne laisseront aucun doute sur leur réalité comme fait.

M. Ricord nous paraît se tromper complètement lorsqu'il fait des contractures musculaires syphilitiques une maladie du muscle lui-même. Que la nature propre de la maladie, sa cause spécifique, lui donnent un cachet particulier, rien de mieux ; mais qu'elle en déplace le siége et en change le caractère matériel, cela ne nous paraît pas être. Voici des considérations et des faits qui ramèneront peut-être M. Ricord à la véritable doctrine.

C'est une vérité assez généralement reconnue aujourd'hui que la contracture est un mode, un degré de la paralysie. L'une conduit à l'autre ; celle-ci en se résolvant repasse par celle-là. Or, qui ne sait qu'il y a des paralysies et même des paraplégies syphilitiques ? M. Ricord a probablement rencontré, dans sa vaste et savante pratique, des cas de cette sorte, et il s'est convaincu de leur nature spécifique par le succès du traitement qui en a été la pierre de touche, Eh bien ! dans ces cas n'a-t-il pas vu, à mesure que la maladie se résout, beaucoup de muscles, presque tous les muscles, qui étaient d'abord simultanément paralysés, devenir simultanément contracturés ? Or, n'est-ce pas ce qu'on voit aussi dans certains cas de compression de la moelle à la suite du mal vertébral de Pott ? Là aussi il y a des paraplégies qui se résolvent dans des contractures ; et *vice versâ*. Eh bien ! la contracture, dans ces cas, se produit avec la même lenteur que la contracture syphilitique. M. Ricord paraît donc

avoir été induit en erreur parce qu'il a comparé les contractures syphilitiques avec celles qui surviennent brusquement pendant les convulsions produites par des affections aiguës du cerveau et de la moelle, au lieu de les comparer avec les contractures chroniques qui dépendent des lésions chroniques et mécaniques de la moelle ou des nerfs. Cette première méprise dans les choses a conduit l'honorable professeur à en commettre une seconde dans les termes, et celle-ci n'est pas moins importante à signaler (toujours au point de vue du traitement). Il appelle cette sorte de contracture une *rétraction*, parce que, dit-il, le muscle a changé de texture, d'organisation. Cependant il reconnaît, quelques lignes plus loin, que quelquefois, « avant que le tissu musculaire soit dégénéré, il peut se faire une révolution telle que le muscle soit ramené à un état d'intégrité parfaite ; les mouvements alors redeviennent possibles. » Il n'y avait donc pas dans ces cas les caractères auxquels il réserve le nom de rétraction. Cette petite contradiction suffit pour montrer que les faits ne sont pas tels que le professeur les théorise. C'est qu'en effet la cause syphilitique produit d'abord la contracture, c'est-à-dire le retrait simple, le plissement des fibres musculaires; puis à la longue le muscle se nourrit dans la condition de ce raccourcissement, lequel devient permanent et prend les caractères assignés depuis longtemps par l'un de nous à la *rétraction* véritable : raccourcissement permanent, transformation fibreuse et même cartilagineuse du muscle. La contracture et la rétraction sont donc deux modes, deux degrés, deux périodes distincts, nettement exprimés par des appellations différentes, lesquelles doivent être conservées pour la contracture et la rétraction syphilitiques comme pour la contracture et la rétraction ordinaires, suivant que le raccourcissement musculaire est récent, non encore organisé, ou suivant qu'il est ancien, permanent ou organisé. La cause syphilitique ne change pas le caractère général du fait, elle ne lui imprime qu'une modification corrélative à son action spécifique, et celle-ci ne s'exerce, comme toutes les causes éloignées des contractures en général, que sur les centres ou dépendances du système nerveux, par l'intermédiaire desquels elle réalise toutes les modalités de la paralysie. La conclusion pratique de cette discussion est la suivante : c'est que, lorsqu'il n'y a que contracture, c'est-à-dire simple raccourcissement de la fibre musculaire, il est indispensable, en même temps que l'on combat la maladie générale, de recourir au massage, aux extensions manuelles et mécaniques propres à empêcher que le raccourcissement ne devienne fixe et permanent, en

un mot ne passe à l'état de rétraction proprement dite. Au contraire, lorsqu'il y a rétraction véritable, il ne faut pas s'épuiser en vains efforts, mais mettre d'abord la maladie générale hors de cause, puis, cette dernière sûrement anéantie, recourir aux sections sous-cutanées et aux moyens auxiliaires propres à rendre aux parties leur direction normale. Comme on le voit, ceci est tout un chapitre de la pathogénie et du traitement des contractures syphilitiques.

2° *Résections des extrémités articulaires.*

Il y a en ce moment à l'Hôtel-Dieu, service de M. Roux, trois sujets auxquels ce chirurgien a pratiqué la résection des os du coude. A l'occasion de ces opérations, il a discuté les avantages de la méthode, comparée à l'amputation ; il a recherché les meilleurs procédés, examiné successivement les articulations où elle réussit le mieux. Le professeur a semblé vouloir résumer tout ce qu'il faut savoir sur ce point important de thérapeutique chirurgicale.

Il faut le dire tout d'abord, nul ne personnifie mieux, suivant nous, que le professeur de l'Hôtel-Dieu cette chirurgie habile mais irréfléchie, brillante mais désastreuse, qu'il faut chercher à ramener à la considération des causes morbides ; et il n'est d'ailleurs aucun sujet plus propre à prouver ce que nous venons de dire et à montrer l'utilité de la réforme dont nous voulons parler, que la question des résections articulaires.

M. Roux, avons-nous dit, a passé en revue toutes les méthodes et procédés opératoires ; il a discuté les chances de résections appliquées à telle ou telle articulation, il n'a omis qu'une chose, savoir : l'indication à l'opération elle-même. Pour lui, le malade, la maladie, ne sont que des termes abstraits et absolus : l'articulation à opérer est tout. Il semble qu'il s'agisse simplement de deux morceaux de bois à mieux ajuster, et dont l'ajustement ou la restauration réussit mieux à l'aide de telle ou telle incision, de tel ou tel instrument, et dans tel ou tel point du squelette. Les motifs et la pratique elle-même du chirurgien sont dignes de cette manière d'envisager la maladie, le malade et l'opération. Ainsi, à l'occasion d'une pauvre femme atteinte de deux tumeurs blanches aux coudes, le professeur se décide à la résection, parce que, d'un côté, la maladie a produit une ankylose, et que, de l'autre, il pourrait bien en avenir autant. Citons ses paroles : « Certes, dit-il, il ne serait pas impossible que par l'*intervention « de la nature*, l'affection, de ce côté, ne se terminât, comme « celle du côté gauche, par ankylose : raisonnons un moment « dans cette hypothèse. Représentez-vous cette malheureuse

« femme, jeune encore, déjà affectée d'une ankylose du côté « gauche et *guérissant* du côté droit avec ankylose également, « avec immobilité complète de l'articulation du coude. Ne serait-« ce pas, je vous le demande, un spectacle bien affligeant, une « situation tout à fait digne de pitié, et ne devons-nous pas *à* « *tout prix* chercher à la prévenir ? Deux ankyloses des coudes, « à angle obtus, ne permettraient à cette malheureuse de se ser-« vir de ses bras que pour un nombre fort restreint des actes « journaliers de la vie. » On le croira à peine, en s'apitoyant sur le sort de cette malade, menacée d'une double ankylose et condamnée à ne pouvoir exécuter qu'un certain nombre d'actes journaliers, il n'est pas venu un seul instant à l'esprit du chirurgien de se demander s'il ne valait pas mieux encore vivre en cet état, par l'*intervention de la nature*, que de mourir du bienfait d'une résection. Et, en effet, il ne s'est nullement inquiété, en thèse générale pas plus que pour le cas particulier, que la plupart des malheureux dont on résèque les articulations sont des tuberculeux, des phthisiques, dont la maladie locale n'est qu'un symptôme de l'affection générale. La seule chose de ce genre que M. Roux ait prise en considération, c'est que, « dans l'*immense* majorité des cas, c'est pour des *tumeurs blanches* des articulations qu'il a pratiqué les résections ; » et il y a pris garde pour faire remarquer que les *tumeurs blanches* se *terminent* fréquemment par ankyloses. Or, tout le monde sait aujourd'hui que la majorité des cas désignés par ce terme vague de *tumeurs blanches* — terme que M. Roux prédilectionne, dit-il, à cause même du vague qu'il exprime — sont causés par l'affection tuberculeuse, c'est-à-dire par une affection presque générale, et qui, lorsqu'elle a été repoussée sur un point, reparaît sur un autre ; par une affection qui est à la fois ou sera une phthisie vertébrale pulmonaire ou intestinale, en un mot une collection de symptômes dont le mal est dans tout l'organisme et le remède ailleurs que dans une résection.

Pour justifier ce que cette prise à partie pourrait avoir de trop direct en apparence, nous dirons que c'est pour faire mieux ressortir les abus de l'école dangereuse contre laquelle on ne saurait trop s'élever, que nous l'attaquons corps à corps dans un de ses représentants les plus considérables. Nous pouvons d'ailleurs justifier pleinement en fait ce qui précède, en indiquant avec précision ce qui est arrivé dans les trois cas qui ont été l'occasion des considérations de M. Roux et de nos remarques.

Le premier malade, opéré au mois de janvier 1845, avait, trois semaines ou un mois après l'opération, des *hémoptysies abon-*

dantes ; elles ont persisté. Aujourd'hui il a des *cavernes pulmonaires ;* il est encore dans le service avec quatre ou cinq fistules au coude opéré.

Le second sujet est la femme opérée dans le courant de décembre dernier pour prévenir une seconde ankylose. Elle avait des tumeurs blanches aux coudes depuis plusieurs années ; depuis trois mois, irrégularité dans la menstruation, maigreur extrême, faiblesse générale, chairs molles. En novembre, *hémoptysie*, toux, douleurs vagues dans la poitrine. Elle porte aujourd'hui une fistule au coude opéré ; elle s'est levée il y a quelques jours pour la première fois seulement.

Enfin, le troisième, qui paraît être dans de moins fâcheuses conditions générales, a des abcès au coude réséqué.

Ces résultats ont-il besoin de commentaires ?

3° *Résections dans les cas de fractures compliquées. — De quel côté faut-il appliquer les attelles de support ?*

Un autre côté non moins intéressant de la question des résections articulaires est celui qui a trait aux résections dans les cas de fractures compliquées. Ici, comme précédemment, le point capital est toujours l'indication et le résultat. Voici un fait propre à éclairer la question à ce double point de vue :

Luxation compliquée du pied en dedans. — Fracture de la malléole externe. — Résection du tibia. — Mort.

Obs. - Un charretier bien constitué, 23 ans, conduisait une voiture : ses trois chevaux se tournent brusquement vers lui et l'un d'eux le frappe du pied au bas de la jambe droite avec tant de violence qu'il tombe sur le coup. Il est porté à la Charité, service de M. Velpeau. On constate une luxation complète en dedans, l'extrémité du tibia proéminant à travers une large déchirure de la peau, et la malléole externe, fracturée et complètement séparée de l'os, est perdue dans les chairs. Le pied était tellement renversé que la face plantaire regardait tout à fait en dedans et se trouvait remontée le long du bord interne du tibia, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de son extrémité. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie.

M. Velpeau pratique immédiatement la résection de l'extrémité inférieure du tibia à 3 centim. environ de sa terminaison ; le pied est ramené immédiatement dans sa position, et on l'y maintient à l'aide d'une attelle placée à la partie interne de la jambe (pansement simple). Deux jours plus tard, bandage dextriné soutenu par deux attelles placées à la partie interne de la jambe

et croisées au pied à angle droit. Les jours suivants, douleurs vives, suppuration abondante, pansement régulier de la plaie à travers l'ouverture laissée au bandage; aggravation progressive des accidents, symptômes de résorption purulente, mort.

A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente de tout le membre et des abcès métastatiques dans le poumon. L'inspection microscopique fait constater des globules de pus dans le sang des veines caves supérieure et inférieure.

— Ce fait, considéré d'une manière générale, n'offrirait rien d'extraordinaire : la mort s'explique bien par la gravité des accidents, du moins eu égard aux méthodes de traitement employées jusqu'ici. Mais parmi les moyens mis en usage, il en est deux qu'il importe de signaler comme constituant, à notre avis, deux pratiques contraires aux indications et aux règles d'une bonne chirurgie : nous voulons parler de la résection du tibia et de la pose des attelles de soutien du côté interne, côté de la luxation.

La résection n'était point, suivant nous, indiquée ; elle était inutile, et elle n'a fait qu'ajouter aux complications déjà fort graves de l'accident : inutile, parce qu'on pouvait, en faisant la section sous-cutanée des tendons, obtenir la réduction de la luxation qu'on a voulu rendre plus facile par la résection ; or, si le blessé eût survécu, de quel service lui eût été l'articulation du pied sans malléoles interne et externe? On peut très-bien se dispenser de montrer en quoi cette opération intempestive a ajouté aux complications de ce cas déjà si grave.

L'application des attelles de soutien du côté correspondant à la luxation est une erreur plus positive et d'un ordre plus général. Que se propose-t-on par l'application de ces attelles ? De maintenir le pied réduit et de s'opposer à la tendance qu'il a à se reluxer. Il faut donc employer, dans ce but, le plus de forces possible avec le moins d'effort dépensé, car l'effort, c'est la compression, c'est la douleur. Or, lorsque le pied est luxé en dedans, c'est-à-dire la face externe renversée en dehors et la face plantaire regardant en dedans, n'a-t-on pas à remplir incidemment et passagèrement l'indication qui se présente d'une manière permanente dans le traitement du pied-bot varus? n'a-t-on pas à ramener et à maintenir le pied en dehors? Que fait-on dans ce cas? S'avise-t-on de mettre les attelles ou les tiges de rappel du côté interne? Non sans doute, par la raison qu'on ne produirait par une pression directe très-forte, et par conséquent très-douloureuse, qu'une très-petite portion du résultat obtenu beaucoup plus facilement à l'aide d'un levier externe, lequel agit en raison de la longueur de son bras, sans pression, sans effort, et d'une

manière incessante et graduée. Ce n'est là, du reste, qu'une application de la théorie de l'attelle interne pour la fracture du péroéue.

4° *Hygroma prérotulien. — Méthode sous-cutanée.*

On s'occupe aujourd'hui de toutes parts de substituer aux pratiques anciennes, c'est-à-dire aux incisions directes et à découvert, des méthodes propres à prévenir l'action de l'air dans le traitement des hydarthroses et des collections péri-articulaires. Ces diverses tentatives sont autant d'hommages rendus aux principes établis et mis en évidence par une nouvelle méthode ; mais ce sont en général autant d'emprunts déguisés ou des contrefaçons qui offrent généralement les inconvénients de ce genre d'invention. Voici un fait bien propre à montrer la justesse de ces reremarques :

Hygroma prérotulien. Ponctions par la méthode dite de M. Baudens.

Obs. — Au n° 3 de la salle 31 des gardes municipaux, est couché un garde qui s'est présenté avec une tumeur molle de la grosseur du poing, fluctuante, sans rougeur, sans chaleur, siégeant à la région antérieure du genou, en avant de la rotule, qu'elle déborde dans tous les sens. Le billet d'hôpital porte : hydarthrose du genou ; mais un examen attentif fit bientôt reconnaître que l'articulation était saine.

Vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, ce militaire a fait, sur le genou, une chute dont il ne s'est pas préoccupé, et aujourd'hui encore il ne peut indiquer ni la cause ni la date de la tumeur dont il est porteur.

M. Baudens, dans une leçon clinique, émet l'opinion que la chute sur le genou a déterminé un épanchement de sang dans la bourse muqueuse prérotulienne. Le sang épanché peut, dit-il, donner lieu à des produits variables, selon que la résorption porte sur les éléments solides ou sur les éléments liquides. Dans le premier cas, la tumeur reste liquide ; dans la seconde hypothèse, elle devient solide. Enfin, elle peut être mixte. C'est ainsi que M. Baudens l'a trouvée plusieurs fois composée d'un liquide de consistance et de couleur chocolat. Deux fois même, dans sa pratique, il y a rencontré des hydatides. Dans le cas actuel, la fluctuation est manifeste, le liquide fuit sous le doigt sans faire entendre le bruit de cuir bouilli propre aux hydatides. Tout porte à croire que le liquide est séreux, tel qu'on le trouve habituellement dans l'hydrocèle non compliquée. Vider la tumeur sans permettre à l'air d'y pénétrer, tel est le problème que M. Baudens s'est posé. Voici comment il l'a exécuté :

Il fit, à l'aide d'une bande, de haut en bas, à partir de trois à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule jusqu'au-dessous de cet os, une compression circulaire ; le liquide refoulé fit naître une tumeur dout les reliefs fortement accusés se traduisaient près de la crête du tibia. Une ponction directe fut alors pratiquée dans le lieu le plus déclive à l'aide d'un bistouri étroit, et en ayant soin de diviser les tissus profonds plus largement que la peau, afin de donner à la plaie la forme d'un infundibulum. Un liquide séreux, limpide, s'est immédiatement écoulé avec force ; un aide appliqua fortement l'une et l'autre main sur la tumeur, et celle-ci fut complètement vidée. Au moment où le liquide allait s'arrêter, le pouce, appliqué sur la plaie comme sur l'ouverture d'une saignée, ne permit pas à l'air de pénétrer ; deux morceaux de sparadrap remplacèrent le pouce ; une large et épaisse compresse remplaça la main de l'aide qui comprimait la tumeur, et le tout fut maintenu par des circulaires de bandes. Dix jours plus tard, la tumeur s'était reproduite, mais beaucoup moins volumineuse. Ponctionnée de nouveau, elle ne se reproduisit plus, et le malade sortit de l'hôpital un mois plus tard, sans avoir éprouvé le moindre accident, et radicalement guéri.

— Reconnaissons d'abord toute la portée de ce fait. Il prouve d'une manière incontestable, après cent autres du même genre, qu'on peut très-bien guérir ces collections sans injections iodées, sans inflammations adhésives, et au moyen seulement de ponctions faites de manière à affranchir les cavités ouvertes du contact de l'air et à favoriser la cicatrisation immédiate des plaies.

Le rédacteur de cette observation ajoute : « On a proposé, de « nos jours, un trocart plat, muni d'un robinet que l'on intro- « duit dans la poche par un trajet oblique et long de plusieurs « centimètres. Sans doute on ne saurait trop se préoccuper de « l'introduction de l'air ; mais ce trocart offrant dans la pra- « tique plus de difficultés que le moyen employé par le chirur- « gien en chef du Val-de-Grâce, sans être plus efficace, le pro- « cédé que nous venons d'exposer nous semble préférable. »

Ce passage, que nous reproduisons textuellement, renferme trois inexactitudes : 1° On n'a point proposé de nos jours un *trocart plat*, etc., mais une méthode et des principes à l'aide desquels on peut, en variant à l'infini les procédés, les moyens d'application, les instruments, remplir le même but, savoir, ponctionner toutes les tumeurs, les articulations, diviser les tissus sous la peau sans courir les risques de l'inflammation suppurative. 2° Le trocart plat proposé n'offre aucune difficulté quand

il s'agit de collections étendues ; et quand les collections sont réduites, l'auteur de la méthode emploie une sonde cannelée à dard ou bistouri cannelé à dard, au moyen duquel il produit toujours et de la manière la plus facile, à travers un pli de la peau, l'évacuation des petites tumeurs. 3° D'après ce qui précède, il ne viendra à l'idée de personne que l'*invention* du chirurgien du Val-de-Grâce soit un perfectionnement.

5° *Oblitération spontanée du vagin consécutive à une suppuration de ce conduit. — Accidents dépendant de cette occlusion. — Fistule vésico-vaginale survenue accidentellement par le fait du chirurgien. — Tentatives de guérison par diverses méthodes. — Amélioration.*

Obs. — Catherine Trumot, âgée de 35 ans, mariée depuis quatre ans, née à Rouge (Indre). Elle est forte et vigoureuse. Il y a dix-huit mois, elle eut un accouchement très-pénible : l'enfant, dit-elle, resta trois jours au passage. Les suites de cet accouchement furent longues : le vagin était le siége d'une suppuration qui persista longtemps ; la malade dit que l'on introduisait des mèches pour s'opposer à l'oblitération complète de ce conduit. Malgré ce traitement, ces suites et le traitement qui en fut la conséquence durèrent dix mois, au bout desquels elle eut une oblitération complète du vagin. Jusque-là, au dire de la malade, les menstrues n'avaient point reparu ; mais bientôt un mouvement fluxionnaire se fit du côté de l'utérus. Des lors des douleurs intolérables se firent sentir dans la région hypogastrique et dans toute la cavité abdominale ; des vomissements se manifestèrent. Ces phénomènes rapportés par la malade ont été constatés par M. Lambron, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, lequel avait adressé la malade à M. Blandin. Un médecin du pays fut appelé près de cette femme. Il pensa qu'à l'aide d'une opération il pourrait rétablir le cours naturel des règles et détruire l'oblitération du vagin existante ; mais au milieu de son opération, alors qu'il cherchait à désunir la paroi supérieure de la paroi inférieure du canal oblitéré, il vint un flot d'urine, et depuis ce moment la malade n'a cessé de rendre ce fluide par cette voie anormale. Toutefois le cours normal des règles n'aurait point été rétabli par cette opération, cela ne serait venu que plus tard et par les efforts de la nature : mais la malade rend mal compte de son état. M. Lambron, à qui plus tard elle s'est adressée, tenta plusieurs moyens de la guérir ; il fit la suture et la cautérisation ; mais ce fut sans succès. C'est alors qu'il adressa

cette femme à M. Blandin et qu'elle fut placée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n 27, le 6 octobre 1845.

On l'examina avec soin. On constata que les parties externes de la génération étaient rouges, enflammées, excoriées ; les poils des grandes lèvres étaient recouverts des sels de l'urine ; le lit était complétement mouillé. Le doigt introduit dans le vagin ne pénétra qu'à une petite profondeur. Un examen attentif et répété à plusieurs reprises fait reconnaître une fistule vésico-vaginale, d'un centimètre au moins d'étendue, à 3 ou 4 centimètres au delà de l'orifice externe du méat. Le vagin est retiré, les parois en sont fermes, inextensibles. Enfin on découvre, sur la paroi inférieure et à droite de cet organe, un pertuis par lequel s'engage l'extrémité d'une sonde de femme et qui permet l'écoulement des règles. L'utérus ne paraît pas malade.

Depuis l'entrée de la malade jusqu'au 21 novembre, tous les soins du chirurgien se portèrent sur les accidents que la maladie avait fait naître : des bains, des onctions de corps gras finirent par faire cesser tous ces accidents secondaires.

Des tentatives ont été faites pour dilater le canal qui donne passage aux règles ; mais elles durent être cessées promptement à cause des accidents qu'elles firent naître. En effet, sous l'influence de l'introduction d'une mèche grosse comme une plume, on vit apparaître un frisson violent et une réaction fort intense et qui n'eut d'ailleurs aucune suite.

Sous l'influence du traitement que nous avons mentionné, tous les phénomènes consécutifs à la fistule disparurent ; et le 21 novembre M. Blandin en fit la suture : l'avivement fut pénible ; la rigidité de la vulve s'opposait aux manœuvres nécessaires en pareil cas. Dès qu'elle fut faite, des fils furent passés de la façon indiquée par M. Bérard dans la staphyloraphie, et furent liés sur deux petits morceaux de diachylon. En un mot, on fit la suture enfermée : une sonde fut introduite dans la vessie et la malade couchée sur le ventre ; mais elle fut tellement indocile que l'on fut obligé d'ôter la sonde dans la crainte de voir survenir des accidents dus à la présence de cet algali. Néanmoins, au bout de cinq jours on ôta les fils, et on constata que l'opération avait un peu diminué l'étendue de la fistule : d'ailleurs l'opérée gardait un peu d'urine dans la vessie, qu'elle rendait ensuite normalement ; ce qu'elle ne faisait pas avant l'opération. M. Blandin eut alors recours à la cautérisation avec le fer rouge : elle fut pratiquée à deux reprises ; mais la malade ne voulut plus s'y soumettre et quitta l'Hôtel-Dieu.

6° *Nouveau procédé pour la ligature de la langue.*

La science compte assez peu de cas de guérisons authentiques de cancers de la langue, par amputation ou ligature, ce qui n'empêche pas les chirurgiens de rivaliser de zèle dans la recherche de procédés propres à effectuer cette opération. Le cas que nous allons rapporter, dans lequel une première tentative a été suivie du retour du mal, est propre à donner quelque poids à nos réserves contre la valeur de la méthode, tout en fournissant une nouvelle preuve de la sagacité du chirurgien.

Cancer de la langue ; opération ; récidive ; réopération par un nouveau procédé ; guérison.

Obs. — Sophie Schranz, âgée de 20 ans, née en Bavière, non mariée, habitait Paris depuis quelques années. Son père est mort à 60 ans, sa mère à 45 ans. Elle a été réglée à 15 ans. A l'âge de 15 ans, elle a eu un gonflement de la langue qui a été traité par des sangsues ; elle guérit complétement. Il y a quinze mois environ que le côté droit de l'organe du goût se tuméfia assez rapidement et devint douloureux : des applications de sangsues, des scarifications furent inutiles ; des douleurs vives se manifestèrent. Enfin la malade entra dans le service de M. Chassaignac, à l'Hôtel-Dieu, vers la fin de 1844. Ce chirurgien pratiqua la ligature de la tumeur ; cette dernière tomba sans accident grave, et l'opérée quittait l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1845, considérée comme complétement guérie. Mais dans le courant d'octobre de la même année, la cicatrice devint douloureuse ; de petites végétations rouges fongueuses se manifestèrent et devinrent en même temps le siége d'élancements assez vifs. A son entrée dans le service de M. Blandin, salle Saint-Paul, n° 12, on constatait les phénomènes suivants : la santé générale est bonne, la langue est rétractée à droite, de petites fongosités cancéreuses se sont développées sur la cicatrice. L'opération fut faite le 11 novembre de la façon suivante : La malade se trouvant placée devant le chirurgien, ce dernier prit une aiguille à manche assez longue, mais droite et ayant un chas assez large ; deux fils doubles ou triples, bien cirés et de couleurs diverses, sont passés dans ce chas. Cela fait, la langue étant relevée avec un crochet, on la traverse de bas en haut au-dessus de la partie malade. Ce temps de l'opération étant terminé, on dégage un des fils de l'aiguillette et on le confie à un aide ; ce fil est destiné à couper la langue sur la ligne médiane. L'aiguille est restée en place, armée toujours d'un fil. On coupe

alors ce dernier par sa partie moyenne, en laissant dans le chas de l'aiguille la partie inférieure ; on y fait pénétrer également la partie supérieure du fil coupé. Cela fait, on retire l'instrument, comme si on voulait faire sortir de la langue l'aiguille et les fils qu'elle porte ; mais dès qu'elle est arrivée vers la partie moyenne de l'épaisseur de cet organe, le chirurgien la porte transversalement à droite en passant au-dessus du mal : ensuite on dégage les fils, et on a une ligature ainsi constituée d'un même coup, à savoir : 1° un fil médian destiné à couper la partie moyenne de la langue ; 2° deux fils latéraux qui en traversent l'épaisseur transversale et forment un lambeau supérieur et un inférieur. Ce procédé, comme on le voit, permet de circonscrire facilement un espace triangulaire dans l'épaisseur de la langue, d'une façon rapide et sans douleurs bien vives. Les ligatures furent serrées avec des serre-nœuds, et au bout de dix jours la partie de l'organe liée tomba mortifiée et sans accidents, si ce n'est une petite hémorrhagie qui survint la veille de la chute des fils. Des injections furent faites chaque jour pendant le temps que les ligatures restèrent en place, afin d'entraîner le détritus. Après la chute des fils, des cautérisations avec le nitrate d'argent amenèrent promptement la guérison de la plaie. La malade quittait le service de M. Blandin vers la fin de décembre 1845, parfaitement bien guérie. La langue seulement était assez fortement tirée à droite par le tissu des cicatrices, et la malade prononçait certains mots avec difficulté. Il est inutile de dire que pendant le traitement chirurgical qu'a subi cette malade, elle a été soumise à une alimentation liquide.

— Cette ligature, telle que M. Blandin l'a pratiquée, a deux avantages incontestables : 1° elle est plus rapide et moins douloureuse ; 2° elle amène avec plus de sûreté et moins de douleur la chute de la portion latérale, en ce sens qu'elle sectionne cette seconde portion.

---

21. *Septième session du congrès des savants italiens, tenue à Naples en* 1845.

(Gazette médicale de Paris, N° 1, 1846.)

L'Italie poursuit avec persévérance les travaux annuels dont chacune de ses grandes villes se dispute tour à tour l'honneur de devenir le siége et de favoriser le développement. Ces réunions périodiques prennent une place et une influence de plus en plus marquées dans les mœurs de la Péninsule. Depuis sept ans qu'elles se sont fondées, elles n'ont fait que progresser, tant

par l'importance des investigations scientifiques qui s'y accomplissent, que par l'apparat dont les gouvernements se plaisent à entourer leurs séances. Tandis que chez nous, la province, presque lassée, voit d'année en année déchoir ces solennités de leur splendeur première, le nombre des savants accourus en 1845, à Naples, de tous les points de l'Europe, ne s'élevait pas à moins de deux mille !... Mais cette différence entre les deux nations incrimine-t-elle notre zèle scientifique, ou doit-elle faire suspecter l'utilité réelle de l'institution elle-même ? Non, sans doute ; et c'est ailleurs, selon nous, qu'il faudrait chercher la cause de cette diversité. La France possède un centre : l'Italie en compte sept ou huit. — A tort ou à raison, en sciences, comme en matière d'art, rien, parmi nous, n'est apprécié, estimé, consacré que ce qui vient, ou qui, du moins, a reçu sa sanction de Paris. Au delà des Alpes, les foyers de lumière se balancent, se complètent mutuellement. — Ici, la centralisation, fait regrettable peut-être, mais fait incontesté, réserve à un atelier unique la fabrication, sinon des vérités vraies, du moins des vérités acceptées. Là-bas, un principe s'énonce à Gênes; mais il est discuté à Milan, à Venise, contrôlé à Naples, à Turin, etc. On comprend aisément qu'avec une telle organisation, la réunion annuelle de tous les *pouvoirs délibérants* soit peu à peu devenue une nécessité, un besoin sérieux comme moyen de fixer les bases de l'art, de réglementer les découvertes, de donner, en un mot, aux doctrines et aux inventions écloses dans l'année cette souveraine autorité du *consensus unanimus*, que, en France, la capitale a été encouragée à usurper pour son compte propre et exclusif. Scientifiquement parlant, le gouvernement représentatif n'existe que chez nos voisins ; aussi font-ils sagement de multiplier et d'encourager autant que possible les sessions de ces pacifiques assemblées législatives.

Les congrès italiens présentent d'ailleurs une organisation parfaite. Ils forment une assemblée savante qui ne diffère des autres que parce qu'elle n'est pas sédentaire et définitive. Cette sorte de constitution est en outre une condition excellente pour l'Italie. En allant de ville en ville, où il est accueilli par la bienveillante protection des souverains, le congrès répand autour de lui l'amour de la science, réveille cette activité qui dort quelquefois parmi les populations italiennes, et prépare pour la belle Péninsule un avenir nouveau et brillant.

Le congrès scientifique de Naples a été peut-être le plus brillant de ceux qui se célèbrent depuis quelques années dans la Péninsule. Le lieu avait été d'ailleurs bien choisi. Milan, Gênes,

Florence, ont des bibliothèques, des musées et des savants ; mais Naples a plus que cela. Cette ville présente en effet, dans ses alentours, de quoi défrayer la curiosité scientifique la plus exigeante. D'un côté du golfe, dans les champs où Virgile plaça son Elysée, sont des ruines pleines d'intérêt pour l'archéologue ; du côté opposé, s'élève le Vésuve, que la munificence du roi vient de doter d'un observatoire; et plus loin, dans la même direction, se trouve Pompéïa, encore à demi submergée par les cendres, et les ruines de Pœstum, qui sont à quelques lieues de l'ancienne ville médicale de Salerne. Aussi le concours a été grand. Aucun des grands noms dont s'honore la science en Italie ne manquait à ce rendez-vous. Dans la section de zoologie, on comptait le prince Lucien Bonaparte et le professeur Delle Chiaje ; dans la section de chimie, les professeurs Taddei, Piria, Calamaï ; dans celle des mathématiques, Orioli et Libri, de l'Institut; dans la chirurgie, De Horatici, Santoro, Zannetti ; et dans la section de médecine, Buffalini, Vulpes, Rucinotti, Giacomini, Panizza, Lanza, etc. Tommasini, le Nestor de la médecine italienne, manquait seul; son âge et ses infirmités l'avaient empêché de porter au congrès le tribut de sa longue expérience et de son grand savoir.

Les journaux italiens de l'année ne tarissent pas en éloges sur la munificence, l'empressement, l'urbanité dont le roi de Naples a fait preuve envers les membres de ce septième congrès. Lui-même a assisté à la séance d'ouverture, et a prononcé quelques paroles de bienveillance et d'encouragement : à peine finissait-il que l'assembée entière s'est levée battant des mains et dans un enthousiasme tel, qu'on a voulu conserver, par une lithographie, le souvenir de cette scène touchante. Immédiatement après, les diverses sections se sont constituées par la nomination de présidents, vice-présidents et secrétaires ; puis elles se sont occupées de leurs travaux respectifs chacune dans un local particulier.

Section de médecine.

Commençons par les travaux de la section de médecine. Constituée le 20 septembre, elle a élu pour son président M. le prof. Vinc. Lanza, vice-président M. Trompeo, et secrétaires MM. Salvatore de Reazi et Odoardo Turchetti, tous noms honorablement distingués dans la presse, l'enseignement et l'administration supérieure. C'est le 22 septembre qu'ont commencé les lectures et discussions. Nous donnerons seulement ici l'analyse de ceux des mémoires présentés qui, par le fond même du sujet, ont plus particulièrement captivé l'attention de l'assemblée.

Des rapports de la matière colorante du sang avec la matière colorante jaune de la bile; par M. Polli.

Cet auteur, dont nous avons plusieurs fois déjà fait connaître les intéressantes recherches touchant la pathologie humorale, a lu sur cette question un mémoire étendu. Il part de deux ordres de considérations : la première est la dégradation de couleur que prend le sang épanché dans le cas de contusion, passant successivement du rouge-noir au violet, puis au vert et au jaune ; la seconde est la coloration d'abord jaune, puis verte, puis violette, et enfin noire, que la bile subit dans quelques circonstances pathologiques. Ces faits ayant porté M. Polli à soupçonner l'identité de l'hématosine et du principe colorant jaune de la bile, il se mit à la recherche d'un caractère chimique qui pût à la fois différencier ces deux substances l'une de l'autre et leur être commun à toutes deux. Or, ce caractère, il le trouva dans le fer, dont il constata la présence dans la bile, dans la sérosité sanguine et dans l'urine des ictériques. Il mit l'hématosine en rapport avec les agents chimiques désoxydants, et put observer qu'à mesure qu'elle perdait de l'oxygène, elle se colorait successivement en violet, puis en vert, puis en jaune. Réciproquement, ayant essayé la matière jaune de la bile avec les réactifs propres à oxygéner, il put noter des gradations inverses dans le changement de couleur de cette substance, qui, de jaune, devint verte, violette, et enfin noire.

Ainsi, les deux principes colorants sont identiques en nature ; seulement celui du sang est au maximum et celui de la bile au minimum d'oxygénation. Ils pourraient donc se changer l'un dans l'autre sous l'empire de l'influence vitale, comme ils le font dans le laboratoire du chimiste. Plusieurs observations de pathologie, faits absolument empiriques, viennent confirmer cette présomption. Parmi les plus remarquables, on peut citer : l'ictère des nouveau-nés, coïncidant chez eux avec l'hypérémie de la peau ; l'expectoration jaune qui, dans la pneumonie, suit fréquemment l'expectoration sanguine ; le flux bilieux verdâtre qui sort par l'anus ou par la bouche dans quelques irritations des intestins ou du foie ; la couleur pâle de l'urine chez les anémiques où les globules sanguins font défaut ; la rougeur de l'urine chez les sujets pléthoriques dont le sang est très-riche en globules ; les ictères partiels, ceux qui sont spasmodiques, ceux qui tiennent à une cause délétère, à la morsure d'un animal, etc., cas dans lesquels on voyait autrefois une altération bilieuse, et que M. Polli explique par la désoxygénation ou par l'hyperoxygénation du principe jaune de la bile.

Ces diverses espèces d'ictère sont entièrement différentes de celles qui tiennent à une altération décidée du foie, ou à la diffusion dans l'économie des éléments de la bile. Dans ces dernières (et c'est là la conséquence pratique de ce travail) on peut saigner ; mais lorsqu'il s'agit des autres genres d'ictère, la saignée serait dangereuse, puisqu'il y a alors défaut de quantité des globules sanguins. L'auteur incline à penser que l'administration de corps oxygénés, tels que le peroxyde de manganèse et de fer, l'eau oxygénée, les boissons aiguisées avec l'acide nitrique, serait plus avantageuse, ou du moins se montrerait rationnellement indiquée dans ces cas.

Sur le meilleur mode de préparation des graines de ricin; par M. Parola.

L'huile de ricin est un purgatif d'une action très-incertaine ; elle s'altère facilement; souvent aussi elle provoque le vomissement au lieu d'amener des évacuations alvines. Ces défauts ne sont point évités par le sirop ni l'émulsion de ricin, qu'ont proposés MM. Mialhe et Nardo. M. Parola, fondé sur des recherches chimiques et sur des observations cliniques nombreuses, considère l'extrait et la teinture éthérée, mais surtout la teinture alcoolique, comme les deux préparations les plus sûres et les plus efficaces des graines de ricin. Des expérimentations qu'il a répétées sur lui-même, sur plusieurs malades et convalescents, il ressort :

1° Que la teinture éthérée, ainsi que l'alcoolique, ont une action purgative quatre fois plus forte que l'huile obtenue par expression, et qu'elles ne sont ni plus émétiques ni plus irritantes que l'huile ordinaire ;

2° Que ces nouvelles préparations demeurent inaltérables pendant un très-long temps, quel que soit le climat ou la saison ;

3° Que le principe extractif éthéro-alcoolique possède une faculté purgative comparativement moindre que la lie ou pulpe de laquelle on le retire; ce qui prouve qu'elle renferme encore un autre principe, qui est insoluble soit dans l'alcool, soit dans l'éther ;

4° L'avantage de ces nouveaux médicaments, de n'être pas émétiques, s'explique aisément si l'on considère que, n'ayant pas besoin d'être pris en grande quantité, ils ne chargent pas l'estomac et ne le sollicitent point à se contracter pour les rejeter.

Sur la pellagre; par M. Car. Ampelio Calderini.

Ce n'est pas un mémoire isolé qu'a lu M. Calderini. Les considérations qui suivent émanent d'une commission permanente,

nommée lors du sixième congrès tenu à Milan, pour étudier les causes et rechercher le remède de cette maladie épidémique. Aussi l'origine de ce travail, non moins que l'autorité de celui qui l'a signé comme rapporteur, en font-ils un des documents les plus propres à éclairer l'importante question dont la solution commence aussi à préoccuper vivement les esprits en France. C'est là pour nous un pressant motif de reproduire aussi fidèlement que possible les conclusions dans lesquelles il se résume.

Malgré tout son zèle, la commission permanente, loin de présenter cette année un travail complet et définitif, n'a pu en quelque sorte qu'aborder cette question, qui est d'un intérêt aussi vital pour toutes les populations d'Italie. Aussi recommande-t-elle aux médecins qui lui enverront des mémoires sur ce sujet beaucoup de sobriété dans les déductions, et une attention scrupuleuse à observer les phénomènes qui précèdent, compliquent et suivent le développement de la pellagre. Obligée d'analyser tant d'opinions bizarres et confuses, de fouiller dans plus de mille volumes, elle croit avoir rendu un service en dégageant avant tout de ce chaos quelques propositions dont l'exactitude est maintenant à peu près unanimement reconnue par tous les juges compétents. Tels sont les points suivants.

La commission regarde comme parfaitement démontrée, de quelque façon qu'on veuille l'expliquer, l'origine héréditaire de la pellagre, ainsi que l'influence de l'insolation sur la production de l'érithème cutané. Quant à la cause des désordres internes qui accompagnent la maladie, elle se comprend aisément par l'altération des viscères chylopoïétiques.

La commission de Milan place encore parmi les points de doctrine actuellement incontestables l'influence qu'ont sur le développement du mal une alimentation pauvre en principes réparateurs, les boissons altérées ou peu spiritueuses, une nourriture composée de substances capables de se gâter, comme le maïs récolté avant sa maturité ou par un temps pluvieux. L'action délétère de ces aliments de mauvaise qualité est surtout prononcée sur les personnes qui en font un usage suivi et prolongé; il est sûr et positif que là est la principale cause prédisposant à l'affection pellagreuse dont l'exanthème cutané n'est qu'une des graves et nombreuses manifestations. Ceci est d'autant plus certain que, d'après l'avis de tous les praticiens judicieux, le premier, le plus efficace, le *seul* traitement curatif de la pellagre (du moins à ses premières périodes), consiste dans une nourriture saine, animale, substantielle, dans l'usage habituel du lait et du vin.

Par l'organe de son rapporteur, la commission permanente

rappelle encore que cet ordre de faits étiologiques concorde admirablement avec les conditions et prédispositions individuelles, puisqu'il est d'observation que toutes ces causes anti-hygiéniques opèrent bien plus promptement lorsqu'elles agissent sur des sujets faibles naturellement, ou exténués par les fatigues, ou convalescents.

Du nitrate de potasse contre le scorbut de terre; par M. Novellis.

L'auteur vante les bons effets de ce médicament administré en commençant par la dose d'un scrupule (12 décigrammes) dans les vingt-quatre heures. Il préfère ce sel aux préparations chalybées; mais il avertit cependant que l'usage du nitrate de potasse produit des résultats beaucoup plus prompts quand on y joint une alimentation végétale.

De la centaurine; par M. Gennaro Galani.

L'extraction d'une nouvelle substance organique est sans contredit une conquête précieuse pour la science, surtout lorsque l'expérience a prouvé que ce produit peut être utile dans quelques maladies. M. le professeur Galani, après avoir éprouvé l'efficacité de la petite centaurée contre les affections périodiques, chercha dans cette plante une préparation capable d'être substituée au quinquina et à ses dérivés. La *centaurine* a justifié les espérances qu'il en avait conçues. (Nous regrettons de ne trouver dans le texte aucun détail de plus sur l'extraction, sur les propriétés et le mode d'administration de ce nouveau produit.)

Liquide lithontriptique; par M. Sementini.

Ce médecin, honorable doyen des chimistes de Naples, dit avoir observé qu'on peut dissoudre un calcul dans la vessie de l'homme vivant, au moyen d'un liquide légèrement acidulé avec l'acide chlorhydrique et mêlé à une petite portion d'acide sulfurique. Cette injection, ajoute-t-il, ne cause aucune irritation au patient, même lorsque l'affection calculeuse est compliquée de catarrhe vésical.

De la chorée électrique; par M. Dubini.

Sous cette dénomination, M. Dubini décrit une maladie qu'il a observée trente-huit fois, et sur laquelle il n'a trouvé aucune indication dans les auteurs. Ses principaux phénomènes consistent en secousses fortes se succédant à intervalles déterminés, précédées par de la chaleur à la peau et une accélération du pouls simulant la fièvre, capables de laisser à leur suite un

état paralytique des membres. C'est la rapidité extrême de ces secousses qui a conduit l'auteur à nommer la maladie *chorée électrique*. Elles occupent le plus souvent une partie isolée, communément un côté seulement du corps, et sont entièrement indépendantes de la volonté. La maladie s'accompagne toujours de tristes pressentiments, même chez les individus les plus jeunes et les plus courageux ; et effectivement, sur 38 cas, M. Dubini n'a vu que deux guérisons. Ses causes les plus ordinaires sont une frayeur, ou la présence de vers. Pendant l'accès, la faculté de parler est abolie ; mais l'intelligence persiste : la langue se tuméfie, la déglutition devient difficile, et souvent une attaque d'apoplexie termine la scène. A l'autopsie, on reconnaît la présence de vers dans l'intestin ; on trouve des tubercules dans les poumons, un épanchement séreux sous les méninges, et la substance cérébrale pointillée. Mais aucune de ces altérations n'est constante et ne peut être regardée comme cause de l'affection. Le cautère, les narcotiques et les saignées n'ont en aucun résultat avantageux entre les mains de M. Dubini. Les seuls médicaments qui lui aient paru produire quelque effet favorable (autant du moins qu'il est permis d'en juger d'après l'issue de la maladie) sont les frictions mercurielles, les préparations de zinc, la valériane et l'arnica. Mais il avoue franchement que les preuves manquent pour lui permettre d'affirmer positivement la réalité de leur influence bienfaisante. — Il faut ajouter, pour ce qui regarde le diagnostic, que, selon M. Dubini, la chorée électrique ne s'accompagne jamais de fièvre, et se distingue nettement, par ce caractère, du typhus tétanique et des fièvres pernicieuses.

Sur l'auscultation ; par M. Lanza.

Ce travail abonde surtout en vues générales sur les services que rend l'auscultation et sur la méthode à suivre pour tirer le meilleur et le plus sûr parti possible de ce précieux moyen de diagnostic. Depuis Laënnec, dit l'auteur, l'auscultation n'a pas réalisé de progrès bien signalés. Parmi les causes qui ont rendu stationnaire cette partie de la science, on doit compter l'importance trop exclusive accordée aux signes stéthoscopiques, l'oubli non moins irrationnel fait par quelques médecins de ces mêmes signes, l'habitude de ne pas tenir suffisamment compte des phénomènes vitaux dans les maladies thoraciques, enfin les hypothèses plus ou moins gratuites que l'illustre inventeur français a trop souvent mêlées aux faits d'observation pour l'explication des bruits pathologiques. Selon M. Lanza, si l'on veut élever cette branche des études médicales au rang qu'elle peut atteindre, il

faut conserver comme un précieux dépôt l'ensemble de notions recueillies par Laënnec, mais recommencer l'édifice par les fondements, et créer, en faisant concorder les signes physiques et vitaux, une physiologie exacte des résonnances naturelles du corps humain. *(La suite à un prochain numéro.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 5 JANVIER.

De l'existence de la cellulose dans une classe d'animaux sans vertèbres. — M. Milne-Edwards dépose sur le bureau un extrait d'une lettre de MM. Lœvig et Kœlliker, ayant pour objet de démontrer l'existence d'une substance ternaire, identique avec la cellulose, dans toute une classe d'animaux sans vertèbres (les tuniciers).

Vésiculation du lait. — M. Gros présente un mémoire sur la vésiculation du lait. Les recherches qu'il a faites sur ce sujet peuvent être ramenées aux sept chefs suivants :

1° Les globules du lait sont formés de la matière butyreuse renfermée dans des vésicules analogues à celles du vitellus et à celles de plusieurs larves et insectes.

2° La tunique vésiculaire tant controversée, difficile à démontrer par les acides et les alcalis, se laisse teindre par l'iode après la réaction du chlore.

3° La plupart des vésicules du lait chaud renferment une petite quantité d'acide carbonique.

4° Les vésicules butyreuses se produisent sur la paroi interne des utricules mammaires, qui, dans la période de lactation, se vésiculisent à la manière des ovaires, crèvent et versent leur contenu, avec la granulation et les vésicules butyreuses, dans les méats lactifères.

5° Les corps granuleux du colostrum ne sont autre chose que de petits utricules avec leurs vésicules internes.

6° A la fin de la lactation, la matière butyreuse est résorbée comme les vitellus dans l'ovaire ; il ne reste que les tuniques utricaires et vésiculaires qui offrent divers phénomènes de résorption dans l'arrière-lait.

7° Les vésicules du lait ne sont pas aptes à se convertir en vésicules du sang, qui ont aussi leur reproduction vésiculaire spéciale.

— Le même auteur adresse une note sur les spermatozoïdes. Cette note tend à démontrer que, chez les mammifères et chez l'homme, les spermatozoïdes sont un dérivé de l'organisme, un détritus cilié des conduits spermatiques.

SÉANCE DU 19 JANVIER.

Circulation du sang. — M. le docteur Guettet adresse un mémoire sur quelques applications de l'hydraulique à la circulation du sang. Il n'est pas possible de donner par l'analyse une idée sommaire de ce travail d'une grande étendue. Nous ne pouvons qu'indiquer le but principal que s'est proposé l'auteur. Il a eu en vue de fournir des preuves nouvelles à l'appui des propositions qu'il avait déjà émises dans un précédent travail (thèse inaugurale), relativement à l'analogie des effets de l'acte circulatoire avec des effets d'hydraulique ordinaire. L'application qu'il a faite des lois du mouvement des liquides dans des tubes de conduite se rapporte particulièrement aux effets dynamiques de la circulation dans les gros troncs aortiques. D'après une étude systématique de la disposition anatomique des parties, il apprécie les effets comparatifs qui ont lieu dans les points de la conduite circulatoire sous la triple influence des actions hydrauliques pures, des modifications physiologiques et pathologiques, et des conditions artificielles que la thérapeutique chirurgicale y apporte quelquefois.

Sous forme de note, l'auteur a exposé des idées d'ensemble sur la manière dont le système circulatoire doit être considéré dans son entier effet au point de vue hydraulique. De plus, il s'est occupé de déterminer le chiffre de la vitesse absolue du sang dans les artères et de sa vitesse pendant la systole. Il estime la vitesse artérielle, terme moyen, entre la systole et la diastole, et, terme moyen, entre les capillaires artériels et les gros troncs, à 0 m. 50 par seconde. Si la systole durait toute une seconde avec la vitesse qui lui est propre, elle ferait faire au sang pendant cette seconde environ 0,70, terme moyen encore entre ce qui est dû aux capillaires et aux gros troncs. On arrive à ce même chiffre en basant les calculs sur des données de nature différente, c'est-à-dire soit qu'on mesure les espaces parcourus par les réactifs chimiques ou physiologiques des expériences de M. Blacque, soit qu'on détermine la vitesse par la longueur du cylindre liquide qui traverse la section de l'aorte lors de la contraction ventriculaire.

SÉANCE DU 26 JANVIER.

Analogie du magnétisme et de l'électricité. — Il a été fait dans la précédente séance une communication qui, bien qu'étrangère aux sciences médicales proprement dites, intéresse trop les progrès des sciences physiques pour que nous ne devions la mentionner ici. Il s'agit d'une découverte que vient de faire récemment l'illustre physicieu anglais Faraday, et qui ne tiendrait pas à moins qu'à établir une nouvelle relation d'analogie entre l'électricité, le magnétisme et la lumière. Voici en quels termes se résume la lettre que M. Faraday écrit à ce sujet

à M. Dumas, et dont cet académicien a donné connaissance de la part de l'auteur à l'Académie.

« Toute matière est affectée par l'aimant, mais non comme le serait le fer. Une substance magnétique à la façon du fer est attirée par l'aimant, et toute portion allongée de cette substance se place dans la direction des lignes magnétiques. Une substance non magnétique à la façon du fer, et qui sera appelée *diamagnétique*, est repoussée par l'aimant, et toute portion allongée de cette substance se place perpendiculairement à la direction des lignes magnétiques. L'eau, l'alcool, l'éther, l'huile, le bois, la chair, le sang, et mille autres substances, possèdent cette dernière relation magnétique ; les substances les plus *diamagnétiques* sont le verre pesant, le phosphore, l'antimoine et le bismuth. Tous les composés d'une substance magnétique à proprement parler, du fer, du chrome, du manganèse, etc., sont magnétiques comme est le fer pur. »

Effets des eaux sulfureuses thermales dans la phthisie pulmonaire. — M. Lallemand adresse du Vernet, à M. le secrétaire perpétuel, une lettre sur les effets des eaux sulfureuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; nous en extrayons les passages suivants :

« J'ai voulu, dit M. Lallemand, déposséder l'Italie du monopole de son beau ciel, en prouvant que celui du Roussillon le vaut bien, et j'ai ajouté à cette action du climat, si puissante contre les affections chroniques de toute espèce, l'influence encore plus grande des eaux thermales, qu'on ne peut administrer nulle part en hiver, pas même dans les localités le plus favorisées du ciel ; on n'y a pas même pensé, parce qu'on n'a pas cru la chose possible. Cependant, s'il est une saison dans laquelle il soit plus utile de lutter contre ces affections, c'est surtout en hiver, parce que c'est dans cette saison qu'elles sévissent le plus cruellement et que les rechutes sont plus faciles et plus fréquentes. Il importe donc de guérir ces maladies en hiver, non-seulement pour ne pas faire perdre un temps précieux, mais encore parce que le printemps est la saison la plus favorable à la convalescence, et que les malades ont ensuite tout l'été devant eux pour compléter leur rétablissement chez eux ; tandis que quaud ils vont aux eaux en été, ils ne peuvent entrer en convalescence qu'en automne, et retombent nécessairement en hiver sous l'empire des causes qui ont amené le développement de la première maladie.

« Il faut donc faire le contraire précisément de ce qu'on a toujours fait jusqu'à présent ; il faut s'efforcer de guérir ces affections chroniques dans la saison qui leur est le plus contraire, afin que la convalescence coïncide avec les conditions les plus propres à consolider la cure et à prévenir des rechutes toujours à redouter par des temps rigoureux.

« Mais pour que les eaux thermales puissent être administrées avec avantage en hiver, il faut qu'elles réunissent bien des conditions indispensables dont la plupart ne dépendent pas de la volonté, et ne peuvent être acquises par aucun sacrifice pécuniaire, ou remplacées par aucun effort de l'intelligence. Il faut que tout l'établissement puisse être entretenu à une température d'environ 20° c., constante la nuit comme le jour, et uniforme jusque dans les dépendances les plus accessoires, afin de rendre impossible tout refroidissement après les bains, les douches, les étuves, etc. ; c'est ce qu'on ne peut obtenir à l'aide des cheminées, des poêles, etc., qui d'ailleurs nécessitent des courants d'air dans les appartements pour entretenir la combustion, qui ne peuvent être maintenus au même degré d'activité la nuit comme le jour. Les poêles, qui ont sur les cheminées l'avantage de chauffer davantage et d'une manière plus uniforme, dessèchent la poitrine ; d'ailleurs, les poêles et les cheminées ne peuvent chauffer tous les lieux dans lesquels les malades ont besoin de circuler. Enfin, le système de chauffage par l'eau de M. Duvoir, qui pourrait remplir toutes les conditions voulues, serait beaucoup trop dispendieux si la température de l'eau circulant dans les tubes devait être entretenue par un combustible. Il faut donc que ce soient les eaux thermales qui passent dans les conduits pour que la température soit égale, partout constante nuit et jour, et ne coûte que les frais de premier établissement. Mais pour cela il faut que la source ait au moins 60°, pour céder assez de chaleur dans tout son parcours, qu'elle soit très-abondante pour ne pas s'épuiser, et ne soit pas indispensable à l'administration des bains, douches, etc. ; il faut aussi qu'elle soit plus élevée que le bâtiment, pour pouvoir circuler partout. D'un autre côté, il est indispensable que les appartements des baigneurs soient unis à l'établissement thermal, pour que les malades n'aient à traverser, pour rentrer chez eux, que des lieux aussi chauds que leur appartement.

« Ce n'est pas tout encore : les malades ne peuvent rester sans inconvénient confinés constamment dans un établissement quelconque, quelque vaste qu'il soit ; ils ont besoin de respirer de temps en temps l'air du dehors, de s'exposer aux rayons bienfaisants du soleil. Il faut donc qu'un établissement thermal pour l'hiver soit situé dans un climat qui permette plusieurs heures d'exercice par jour, dans la saison la plus rigoureuse.

« C'est parce que j'ai trouvé toutes ces conditions réunies à Vernet que j'ai poussé les propriétaires à les mettre à profit. Si tout ce qui précède est applicable en général à toutes les affections chroniques, c'est surtout à celles qui ont leur siége dans les organes de la respiration. Mais ici se présente une circonstance tout à fait spéciale et de la plus haute importance. Tout le monde sait que les eaux hydro-sulfureuses

sont d'un puissant secours contre toutes les affections anciennes des poumons. On connaît en particulier la réputation des Eaux-Bonnes contre tous les cas de cette nature ; mais comment les emploie-t-on en général? En bains, surtout en boissons. Les Eaux-Bonnes ne s'administrent même que sous cette forme, à cause de leur basse température. Si les eaux sulfureuses sont si utiles contre les affections pulmonaires chroniques, appliquées seulement à la peau ou introduites dans les organes digestifs, de quelle efficacité ne doivent-elles pas jouir lorsqu'elles sont mises en contact immédiat avec les tissus mêmes qui sont malades, lorsqu'elles pénètrent, en un mot, dans les dernières ramifications des vésicules aériennes ? Tous les praticiens ont senti l'importance de cette action directe, immédiate, et plusieurs ont imaginé divers moyens de faire respirer aux malades de l'air chargé de principes médicamenteux. Ces essais n'ont pas été suivis de succès, parce que la respiration avait lieu à travers des tubes plongeant dans les vapeurs destinées à pénétrer dans les poumons ; il en est toujours résulté une gêne dans la respiration qui ne permettait pas de prolonger cette espèce de supplice au delà de quelques minutes. Pour obvier à cet inconvénient capital, j'ai imaginé de faire vivre, en quelque sorte, ces malades dans l'atmosphère même des eaux sulfureuses, en leur réservant un immense local dans lequel la vapeur, arrivant par en bas et s'échappant par en haut, entretient la température de ce courant continu à 18 ou 20 degrès centigrades environ ; température qu'on peut, au reste, faire varier à volonté, ainsi que la quantité de vapeur en circulation.

« Dans le principe, on n'y reste qu'une heure ou deux matin et soir ; mais on s'y habitue bientôt de manière à y rester douze heures par jour sans la moindre incommodité, en s'y livrant aux mêmes occupations que dans son cabinet. On peut imaginer quelle puissante influence une médication aussi directe, aussi permanente, peut exercer sur les organes affectés. Elle est telle, que dès les premiers jours les malades en éprouvent un effet sensible.

« En ce moment, il y a dans l'établissement plusieurs phthisiques qui sont guéris depuis deux ou trois ans, et qui y reviennent passer les plus mauvais jours de l'hiver dans la crainte de quelque rechute ; plusieurs ont même quitté Pise ou Naples pour revenir se plonger dans les vapeurs qui leur avaient été salutaires et que le plus beau climat ne peut remplacer. Notez bien que je parle ici de phthisies tuberculeuses parfaitement constatées par l'auscultation, de phthisies accompagnées de sueurs nocturnes, de diarrhées colliquatives, enfin de tous les symptômes qui accompagnent la période de cette terrible maladie.

« C'est donc une révolution à introduire dans la thérapeutique de ces affections, non-seulement quant à l'époque de l'administration des eaux

sulfureuses, mais encore quant au mode de leur emploi, puisqu'il s'agit de les faire pénétrer jusqu'aux tissus altérés, comme on applique un topique sur un mal extérieur, et cela pendant des journées entières s'il le faut. Depuis longtemps j'avais constaté ce résultat sous ce double rapport. »

Nouveau moyen de distinguer les taches arsenicales et les taches antimoniales. — M. Leroy (de Grenoble) fait part à l'Académie des recherches qu'il vient de faire sur le moyen de distinguer les taches arsenicales et les taches antimoniales. Il pense avoir trouvé quelques caractères nouveaux, quelques réactions particulières, propres à parvenir à ce but d'une manière plus directe qu'on n'a pu le faire jusqu'à présent.

Le moyen que propose M. Leroy est le sulfhydrate d'ammoniaque, employé d'abord seul, et ensuite succédant à l'action du chlore ou du brome. Touchée avec une goutte de sulfhydrate d'ammoniaque portée à l'extrémité d'un tube, une tache antimoniale se dissout instantanément, tandis qu'une tache arsenicale résiste ou ne se dissout que lentement. Elle résiste si la température est basse, elle finit par se dissoudre si on l'élève ; de sorte que pour obtenir l'effet sous sa forme la plus prononcée, il faut opérer à froid, ou, dans tous les cas, à la température ordinaire. « Toujours alors, dit M. Leroy, la tache d'antimoine disparaît entièrement et de suite, lorsque la tache d'arsenic est à peine attaquée. »

Il resso.t des expériences dont l'étendue ne nous permet pas de reproduire ici les détails, que ce réactif fournit un moyen de plus à joindre à ceux que possède déjà la science pour éviter tout équivoque et pour distinguer non-seulement l'arsenic, mais encore l'antimoine, à l'égard duquel on semblait se borner à des caractères négatifs.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 6 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Injections iodées. — M. Roux reproduit en grande partie les arguments et les faits qu'il a déjà exposés dans une des précédentes séances en faveur des injections vineuses, préférables sous tous les rapports, à son avis, aux injections iodées dans le traitement de l'hydrocèle. En supposant, ce qu'on n'est pas, suivant lui, fondé à admettre, que les injections iodées réussissent aussi bien que les injections vineuses, il resterait encore à démontrer qu'elles ne donnent pas plus souvent lieu à des accidents et que les récidives ne sont pas plus fréquentes. Or, on cite plusieurs cas d'hydrocèle traités par l'injection iodée, qui ont récidivé et que l'on a été obligé de traiter ensuite par l'injection vineuse. L'injection vineuse est, comme tout le monde le sait, l'une des opéra-

tions les plus innocentes; on ne voit guère survenir d'accidents que lorsqu'il y a eu infiltration du vin dans le tissu cellulaire. Il ne paraît pas que l'injection iodée soit toujours aussi bénigne. Enfin, l'injection vineuse ne détermine en général que très-peu de douleur, et c'est une circonstance à prendre en considération.

Il a été question, dans cette discussion, de l'adhérence comme condition de guérison radicale de l'hydrocèle. D'après MM. Gimelle et Gerdy, cette adhérence ne serait pas nécessaire. Je ne saurais, ajoute M. Roux, partager cette opinion : je crois au contraire qu'on ne peut obtenir une guérison radicale, durable, qu'à la condition de produire une inflammation adhésive, et c'est là encore une circonstance qui me paraît militer en faveur de l'injection vineuse.

En résumé, je n'ai pas, je l'avoue, une expérience personnelle suffisante des injections iodées pour juger d'une manière absolue cette méthode; mais, d'après le peu que j'en ai pu voir, je conçois difficilement l'espèce d'engouement que M. Velpeau paraît avoir pour cette méthode, et je crois qu'on peut justement lui reprocher d'avoir cherché à l'introduire soudainement, avant de s'être suffisamment éclairé sur les résultats d'une expérience comparative.

M. Velpeau : M. Roux a avancé plusieurs choses qui tendraient à déprécier une méthode à l'égard de laquelle il convient lui-même n'avoir point une expérience suffisante. Et d'abord, il a parlé de cas d'insuccès des injections iodées dans lesquels il a été nécessaire de recourir aux injections vineuses. Mais, pour être complétement vrai, il faudrait aussi signaler les insuccès des injections vineuses. Lorsque je remplaçai M. Roux à la Charité, je trouvai dans ses salles plusieurs malades qu'il avait traités par le vin, et chez lesquels l'hydrocèle avait récidivé.

M. Roux a dit que l'injection vineuse ne produisait presque pas de douleur. Ce n'est pas l'avis de tous les chirurgiens. (M. Velpeau cite plusieurs passages imprimés dans lesquels les douleurs qu'éprouvent les sujets opérés par l'injection vineuse sont dépeintes en termes très-énergiques; l'une de ces citations est empruntée à M. Blandin.) Si l'on veut savoir maintenant, ajoute M. Velpeau, ce que j'ai dit moi-même des injections vineuses, le voici : « Personne ne conteste leurs avantages : les injections vineuses ne déterminent en réalité aucun accident grave; elles l'emportent sur tous les autres moyens, etc. » On peut voir par là que je ne calomnie point cette méthode. Je ne la calomnie point, en effet : je comprends même très-bien que M. Roux ne s'en veuille point départir; mais si je lui préfère la méthode des injections iodées, c'est que j'ai des motifs pour croire qu'elle est réellement plus avantageuse; et lorsque M. Roux me fait le reproche de donner la préférence à cette méthode sans l'avoir comparée, il avance un fait inexact.

M Jobert : Dans le cours de cette discussion, on a fait à la méthode des injections iodées trois objections principales contre lesquelles je crois devoir m'élever. On a dit que les injections iodées exposaient aux récidives, qu'elles déterminaient la gangrène et quelquefois une intoxication. Il ne s'agit pas de prouver si les injections iodées sont ou ne sont jamais suivies de récidives, mais si ces récidives ont lieu plus souvent qu'après l'injection vineuse. Pour mon compte, j'ai fait un assez grand nombre de fois l'opération de l'hydrocèle par l'injection iodée, environ 75 ou 76 fois, et je n'ai observé qu'un seul cas de récidive ; encore le malade chez lequel cette récidive eut lieu était-il placé dans des circonstances particulières qui durent rendre la récidive plus facile (il y avait, indépendamment d'une hydrocèle volumineuse, une altération particulière qui a pu s'opposer à ce que l'adhésion fût complète dans tous les points de la la tunique vaginale, etc.). Mais qui ne sait d'ailleurs combien les récidives sont fréquentes à la suite des injections vineuses ? La récidive n'est donc pas une objection sérieuse, car elle arrive dans un cas comme dans l'autre.

La gangrène est-elle autant à craindre qu'on l'a dit ? On a invoqué les expériences qu'a faites M. Bavot sur les chiens, expériences dont il résulterait que des injections d'iode ont produit la gangrène ; mais on n'a pas fait attention que M. Bavot employait de l'iode pur dans ses expériences, tandis qu'on se sert pour l'opération d'iode étendu. Il est de fait que, toutes les fois qu'on a employé l'iode avec mesure, il n'est rien arrivé de semblable.

Les injections d'iode, a-t-on dit, produisent des phénomènes d'intoxication, et l'on s'appuie encore sur les expériences de M. Bavot, qui ont déterminé de semblables accidents sur des chiens. Mais en est-il de même chez l'homme ? Je suis disposé à croire qu'il n'en est rien. Il faudrait établir d'abord que l'absorption a lieu. Par analogie, l'absorption est probable ; mais quand même elle serait démontrée physiologiquement, cela ne suffit pas : ce qu'il faut consulter surtout, c'est l'expérience ; or on n'a jamais observé chez l'homme des phénomènes d'empoisonnement par les injections iodées.

Enfin, si nous comparons les injections iodées aux injections vineuses, nous trouvons que les injections vineuses déterminent quelquefois une inflammation assez violente pour produire des abcès, ce qui n'a jamais lieu avec les injections iodées. Le vin occasionne des douleurs très-vives, non-seulement pendant l'opération, mais pendant la période du travail inflammatoire adhésif ; il n'en est pas de même avec l'iode. Tout porte donc à penser que c'est un service réel rendu à la pratique que d'avoir substitué aux injections vineuses une méthode aussi efficace et aussi innocente que celle des injections iodées, et que cette méthode devra être généralement adoptée un jour.

J'ajouterai que j'ai employé l'iode avec de grands avantages dans d'autres cas tels que des abcès froids, des tumeurs hydatiques, des kystes, etc. J'ai injecté, dans des cas de ce genre, jusqu'à 250 grammes de teinture d'iode sans qu'il en soit résulté aucun accident. Chez un sujet qui portait un vaste abcès scrofuleux au cou, auquel j'avais pratiqué une ponction évacuatrice, le foyer s'étant rempli de nouveau, je pratiquai une seconde ponction, suivie d'une injection de 200 grammes d'iode, qui eut pour résultat l'adhésion complète des parois de l'abcès. J'ai employé encore l'iode avec succès dans des kystes tuberculeux ; je citerai notamment le cas d'un jeune homme qui avait un engorgement scrofuleux du testicule avec de nombreuses fistules. Une consultation avait eu lieu ; on avait proposé l'extirpation du testicule. Je me décidai pour les injections iodées, et j'eus le bonheur d'obtenir la guérison de cette grave affection. Je pourrais encore citer des cas de kystes hydatiques, de kystes synoviaux du poignet, etc. Voilà des faits qui paraîtront sans doute de nature à inspirer de la confiance dans les injections iodées.

M. Gerdy : M. Velpeau a cru voir, dans ma dernière argumentation, l'intention de soulever une question de personnes ; je m'en défends formellement. Je me suis élevé contre cette chirurgie téméraire qui va jusqu'à pratiquer des injections d'iode dans les grandes articulations, dans les cavités séreuses, et jusque dans le péritoine, mais j'ai fait abstraction des personnes.

M. Jobert vient de s'élever en apologiste de cette méthode, et dans son enthousiasme il est allé plus loin que M. Velpeau lui-même. Je prends acte cependant de l'aveu qu'il ne prétendait point qu'il n'y eût pas de récidives à la suite des injections iodées. Longtemps avant qu'on fît ces injections en France, M. Martin (de Calcuta) les avait pratiquées par centaines et absolument de la même manière que M. Velpeau ; il prétendait aussi dans le principe que les injections iodées réussissaient toujours ; mais il fut obligé de convenir plus tard qu'il y avait de nombreuses récidives. D'autres chirurgiens les ont essayées en Europe, et ils sont loin d'en avoir obtenu d'aussi bons effets qu'on le prétend : M. Fricke (de Hambourg) s'est vu obligé, après plusieurs insuccès, d'y renoncer. M. Jobert n'accuse qu'un insuccès sur 75 : c'est un résultat très-heureux sans doute ; mais qu'est-ce que cela prouve ? C'est qu'en définitive il règne une grande incertitude à cet égard.

M. Jobert semble dire qu'aux doses auxquelles M. Velpeau et lui emploient l'iode, la gangrène est impossible ; mais c'est aux mêmes doses que l'avait employé M. Martin dans les cas où il a eu à déplorer cet accident.

Quant à l'intoxication, dont M. Velpeau n'a point parlé, je ne crois

pas qu'on la puisse mettre en doute. C'est à la suite d'un accident de cette nature que M. Fricke, découragé, renonça définitivement à cette méthode.

M. Jobert prétend que les injections d'iode ne sont pas douloureuses ; il diffère complétement à cet égard avec les rapports de M. Martin et de M. Fricke, et de presque tous les chirurgiens qui ont eu recours à ce moyen, et qui conviennent tous que ces injections sont douloureuses. Que conclure de tout ceci ? qu'il faut employer les injections iodées de préférence aux injections vineuses? Mais je n'en vois pas les motifs, puisqu'elles produisent les mêmes douleurs, qu'elles donnent lieu à des accidents, qu'elles ont plus de chances de récidive, et enfin qu'elles peuvent produire les phénomènes d'intoxication, ainsi que le constate le poison retrouvé dans les tissus et dans les urines des animaux sur lesquels il a été expérimenté.

Quant aux autres applications des injections iodées, celles qu'on voudrait faire dans les grandes articulations, dans les séreuses, c'est une question plus grave. Celles-là je les réprouve d'une manière absolue, et je crois qu'il est du devoir de l'Académie de ne pas encourager de pareilles témérités.

M. Velpeau : M. Gerdy ne paraît pas comprendre pourquoi je préfère l'iode aux autres moyens ; mais la raison en est bien simple ; la voici : j'ai essayé tous les moyens connus ; il n'est pas un des procédés, une des substances proposés que je n'aie soumis à l'expérience : j'ai réussi avec tous ; mais la question n'est pas là. Il s'agit de savoir quel est le moyen avec lequel on réussit le mieux. Eh bien ! l'expérience m'a démontré d'abord que le vin était préférable à tous les autres moyens ; puis, plus tard, j'ai reconnu que l'iode était préférable au vin lui-même. Ne m'est-il pas permis, aujourd'hui que j'ai 400 faits favorables, d'en tirer cette conclusion. M. Gerdy a fait des expériences, dit-il ; mais il est aisé de voir qu'il a fait ces expériences dans des dispositions d'esprit peu favorables, ainsi qu'il l'avoue lui-même dans une de ses publications. M. Fricke, cité par M. Gerdy, me paraît avoir fait des expériences quelque peu comme M. Gerdy, pour modérer l'entousiasme de M. Oppeinheim qui était aussi son collègue. Il dit n'avoir pas réussi ; mais qu'appelle-t-il ne pas réussir ? Vous allez le voir. Il pratique une injection iodée ; dix jours après, il réopère et pratique une injection vineuse. Mais quel est le procédé qui guérit une hydrocèle en dix jours.

M. Gerdy a beaucoup insisté sur l'empoisonnement par l'iode, et il m'accuse de n'en avoir point parlé. C'est à tort. J'ai recherché l'iode dans les urines des opérés ; je l'ai retrouvé du 2e au 4e, 5e et 6e jour : jamais plus tard. Or, peut-on dire qu'un sujet, qui est mort plusieurs mois après l'opération, a succombé à l'intoxication par l'iode ; mais l'iode

est-il donc un poison si violent, quand on l'administre tous les jours à l'intérieur à des doses élevées? Combien en reste-t-il d'ailleurs dans la tunique vaginale après l'opération? 1 grain peut-être. Mais il y a mieux que cela, il y a des faits. Sur 400 opérations, je n'ai pas observé un seul cas d'empoisonnement. M. Jobert, qui est allé beaucoup plus loin que moi dans les doses d'iode injecté, n'en a jamais vu non plus. M. Gerdy invoque des expériences. J'en ai fait aussi, et je n'ai jamais vu les accidents que signale M. Bavot. Mais comment M. Bavot a-t-il procédé, à quelle dose a-t-il injecté l'iode, quels étaient l'âge, les dimensions des chiens sur lesquels il opérait? on n'en dit rien. On ne dit pas s'il pratiquait l'injection par de petites ponctions, ou s'il faisait de grandes plaies; ce qui n'est pas, comme on le sait, sans influence. A ces faits, j'en opposerais d'autres d'ailleurs. Un vétérinaire distingué, M. Leblanc, m'a dit avoir employé les injections iodées chez des animaux, à des doses considérables, avec de bons effets, et sans qu'elles aient jamais déterminé de phénomènes d'empoisonnement. M. Leblanc m'a envoyé deux articulations d'un cheval, dans l'une desquelles il avait pratiqué une injection vineuse, tandis qu'il avait fait dans l'autre une injection iodée. L'articulation dans laquelle on a injecté du vin offrait des désordres d'une inflammation très-violente, tandis qu'il y en avait à peine quelques traces dans celle où l'on avait injecté l'iode. Enfin, M. Leblanc a injecté de l'iode dans les cavités pleurales d'un cheval, sans qu'il en soit résulté aucun accident. L'animal ayant été tué peu de temps après, on reconnut des adhérences entre les deux feuillets des plèvres, et tout portait à croire que l'animal aurait vécu dans cet état. Quant au reproche de témérité que M. Gerdy ne cesse d'adresser à cette méthode, je ne vois pas en quoi elle est plus téméraire que certaine opération de hernie étranglée dont les résultats sont bien connus.

SÉANCE DU 13 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Injections iodées. — M. Bérard : Lorsque M. Velpeau préconisa pour la première fois l'usage des injections iodées, j'accueillis cette méthode, je dois le dire, avec une certaine répugnance; j'accusais presque M. Velpeau de vouloir substituer un moyen incertain, dont les effets étaient encore douteux, à un moyen éprouvé, et qui jusqu'alors avait paru suffire aux besoins de la pratique. Cependant, comme il entre dans mes habitudes de ne me prononcer sur la valeur d'une méthode qu'après l'avoir soumise à ma propre expérience, je crus de mon devoir d'expérimenter, et c'est ce que je fis. Je dois dire que le résultat de mes expériences a été si favorable, que depuis cette époque je n'ai plus employé le vin dans le traitement des hydrocèles, ainsi que de toutes les hydropisies qui réclament l'usage des injections irritantes. Cette

déclaration devrait suffire s'il ne s'agissait que d'émettre mon opinion sur cette question ; cependant il ne sera pas superflu, je pense, de rapporter quelques faits.

J'ai employé les injections iodées dans les hydrocèles, dans les hydropisies enkystées du cordon, dans des cas d'hydrobroncocèles ou de goïtres enkystés, dans des cas de kystes hydatiques du poignet, et enfin dans des hydropisies des articulations. Voilà, comme on le voit, un ensemble d'opérations pratiquées dans des maladies fort diverses. Afin d'en faire mieux apprécier les résultats, je les envisagerai relativement à leur innocuité et à leur efficacité.

Innocuité. — Je dirai de suite dans quelles proportions j'ai employé l'iode ; ceci est important, car il est évident que si on l'emploie à des doses énormes, on ne saurait sans injustice rendre la méthode responsable des accidents qui pourraient survenir. Je n'ai jamais employé l'iode pur, ni très-étendu ; j'ai adopté à cet égard les proportions indiquées par M. Velpeau, qui sont de moitié de teinture d'iode pour moitié d'eau. Dans aucun cas, les injections ainsi faites n'ont été suivies d'accidents ni généraux ni locaux ; je n'ai jamais vu survenir d'inflammation gangréneuse, bien que dans un cas il me soit arrivé, par suite d'un mouvement brusque du malade, de pousser l'injection dans le tissu cellulaire du dartos. J'avais, je l'avoue, les appréhensions les plus graves ; cependant il n'en résulta qu'une inflammation de moyenne intensité, et le malade guérit. J'ai su que de semblables accidents étant arrivés entre les mains d'autres chirurgiens, il n'en était pas résulté de conséquences plus graves.

On sait que M. Maunoir ayant voulu injecter du vin chaud dans un goître enkysté, il survint des accidents tellement graves que ce chirurgien renonça pour toujours à ce moyen. Dans deux cas de même nature, j'ai employé les injections d'iode, et il n'en est résulté aucun accident.

Relativement à la douleur, je ne puis que répéter ce que j'ai recueilli des malades eux-mêmes : dans le plus grand nombre des cas, il ont dit n'avoir pas ou avoir peu souffert ; quelques-uns au contraire ont accusé d'assez vives douleurs. Il n'y a donc là rien d'absolu ; c'est une question de nombre.

Quant aux phénomènes généraux d'intoxication, il y a bien eu quelquefois un peu de fièvre, un goût d'iode dans la bouche, un peu de trouble dans les fonctions digestives, mais jamais d'accidents graves.

Ainsi, pour me résumer : en ce qui concerne l'innocuité, point d'accidents locaux, inflammation modérée, absence d'accidents généraux ; tels sont les résultats que j'ai constatés. Je n'en pourrais pas dire autant du vin.

Efficacité. — J'aborde la question de l'efficacité. J'ai eu des récidives, j'en ai eu 3 sur 250 à 300 opérations d'hydrocèle environ. Il s'en faut, comme on le voit, que ce soit dans les proportions signalées par M. Gerdy. J'ajouterai que sur les trois sujets qui ont eu une récidive, une seconde injection d'iode à été suivie d'une guérison radicale.

Maintenant l'iode a-t-il plus d'efficacité que les autres agents dans les maladies des autres cavités ? Il faudrait, pour résoudre cette question, un plus grand nombre d'expériences comparatives. Tout ce que je puis dire à cet égard, c'est que j'ai guéri deux hydrocèles enkystées par ce moyen. Dans deux cas d'hydrocèle enkystée du cou où j'ai eu recours à l'iode, la guérison en a été la suite.

Reste une maladie dont la curabilité par l'iode est fort controversée : l'hydropisie articulaire. J'ai pratiqué cinq fois l'injection iodée sur deux malades : trois fois sur l'un, deux fois sur l'autre. C'est assez dire que les premières injections n'eurent point de résultat fâcheux, puisque je fus encouragé à y revenir; mais si elles n'ont pas produit d'accidents, elles n'ont pas eu non plus d'efficacité, car sur ces deux malades j'ai été obligé d'en venir à l'amputation. Les phénomènes qui ont suivi l'injection dans ces deux cas ont été une inflammation modérée, trop modérée même, puisqu'elle ne fut point suffisante pour modifier favorablement l'état des surfaces malades. Voilà ce que j'avais à dire sur les deux points que je voulais établir.

M. Rochoux rectifie quelques assertions qui lui auraient été faussement attribuées par M. Roux dans la précédente séance. M. Roux lui aurait fait dire que les rhumatismes articulaires ne produisent jamais l'ankylose. Ce n'est point là son opinion : il a dit au contraire que le rhumatisme articulaire étant une inflammation des séreuses, cette inflammation pouvait, comme celle des autres séreuses, produire l'adhérence des surfaces enflammées, et, par conséquent, l'ankylose, mais que ce résultat était rare. C'est à cause de cette circonstance que les injections iodées réussissent moins bien, suivant lui, dans les maladies des articulations que dans l'hydrocèle.

M. Blandin : Je crois nécessaire de rétablir des faits qui ont été mal interprétés dans cette discussion. On m'a fait dire que les injections iodées ne réussissent jamais : je n'ai pas dit cela ; j'ai dit qu'elles réussissaient rarement, et j'ai signalé les inconvénients qu'il y a à se livrer ainsi à des tâtonnements avec un moyen incertain, quand on possède un moyen assuré. J'ai cité l'exemple d'une dame chez laquelle j'ai pratiqué trois fois l'injection iodée pour un kyste de la vulve, et que je ne suis point parvenu à guérir. Je ne nie pas que ce moyen ait réussi quelquefois ; mais il n'en résulte pas moins des faits nombreux que j'ai rappelés qu'il ne réussit pas du premier coup, toujours du moins, et

que les guérisons exigent en général plus de temps par l'emploi de l'iode que par l'emploi du vin.

Je crois que la discussion a établi que j'avais eu raison de dire que les injections iodées produisent des accidents au moins pareils à ceux qui résultent de l'emploi du vin. Les faits cités par M. Roux, ceux qu'a rapportés M. Jobert lui-même, ne laissent aucun doute à cet égard. M. Jobert a parlé d'un cas de gangrène ; il a ajouté, il est vrai, que le liquide avait été accidentellement lancé dans le tissu cellulaire ; mais il est évident que les accidents de cette nature n'arrivent que dans cette circonstance. Il en est ainsi pour le vin. On sait même que le vin injecté dans le tissu cellulaire ne détermine pas toujours la gangrène, il se borne quelquefois à produire une simple inflammation.

On a dit que les injections iodées dans les kystes étaient innocentes ; mais il en est de même du vin. On a commencé par injecter du vin dans les kystes goîtreux, longtemps avant de songer à y injecter de l'iode, et ce n'est qu'après avoir éprouvé des accidents qu'on y a renoncé. (M. Velpeau : Ce n'est pas exact.) Du reste, tous les moyens sont dangereux dans ce cas, et on a généralement renoncé maintenant à opérer ces kystes. Il serait superflu de rappeler encore l'accident survenu dans le service de M. Gerdy.

A l'occasion des accidents qui peuvent suivre les injections vineuses, M. Velpeau a employé un petit artifice fort innocent sans doute, mais dont il attendait plus d'effet qu'il n'en a obtenu. Il a parlé d'un chirurgien grand partisan des injections vineuses, et il a cité un passage d'un écrit dans lequel ce chirurgien énumère les accidents que peuvent produire ces injections. Ce chirurgien, a-t-il dit ensuite, c'est M. Blandin. Oui, sans doute, c'est moi qui ai écrit ces lignes : j'ai dit plus encore, j'ai même cité des cas de phlébite ; mais dans l'article auquel M. Velpeau a fait allusion, j'ai décrit tous les accidents que peuvent produire les injections irritantes en général : cela n'a rien de particulier aux injections vineuses. Est-ce que les injections iodées n'ont pas les mêmes inconvénients ? Cela n'a aucune signification particulière. La phlébite dont j'ai parlé n'est pas plus imputable au vin qu'à l'iode. Toutes les substances irritantes peuvent donner lieu à des accidents à peu près de même nature. Je ne sais donc pourquoi M. Velpeau a mis particulièrement en cause les injections vineuses, quand les lignes qu'il a citées s'appliquaient à toutes les injections irritantes.

M. Velpeau a parlé de la douleur ; il a dit qu'il ne niait pas que l'iode produisît aussi de vives douleurs. Je prends acte de cet aveu. (M. Velpeau : Je n'ai pas dit cela.) Il a dit du moins qu'il en produisait autant que le vin (M. Velpeau : Non ; j'ai dit moins) ; M. Bérard a fait le même aveu. Eh bien ! il y a des malades qui, n'ayant point éprouvé de douleurs

à la première injection, en ont accusé d'atroces aux injections suivantes. Chez un homme du monde que j'opérai d'une hydrocèle par les injections iodées, la première injection avait été très-bien supportée ; à la deuxième, il survint des douleurs tellement vives et un si grand trouble, que j'en fus effrayé : je crus un instant que l'injection avait passé dans le péritoine. Il y a donc au moins parité à cet égard entre l'iode et le vin : je n'ai jamais prétendu autre chose.

M. Velpeau, pour prouver l'efficacité des injections iodées, a cité les nombreux faits de sa pratique. Certes, je ne mets pas la réalité de ces faits en doute : on doit y croire ; mais ne peut-il pas s'être glissé quelques erreurs dans les appréciations ; ne peut-on pas s'être trompé ? Combien n'y a-t-il pas d'exemples de pareilles erreurs ! Il ne suffit donc pas de dire : Voilà trois cents faits, la chose est jugée ; non, il faut que ces faits, avant d'être admis, aient été discutés contradictoirement, et c'est ce que nous faisons ici.

On a cité un cas d'injection d'iode dans le péritoine ; mais ce fait ne me paraît pas avoir une authenticité suffisante ; on a émis des doutes sur sa réalité, et pour moi je n'y crois pas.

M. Jobert a injecté 250 grammes dans un abcès ; mais c'est là un fait qui est en dehors du point en discussion : tout ce que je puis dire à cet égard, c'est que je ne le ferais pas. Quant aux injections iodées dans les fistules tuberculeuses ou autres, c'est différent ; je suis convaincu qu'elles peuvent avoir de bons résultats : j'en ai pratiqué moi-même pour des cas de ce genre, et je m'en suis bien trouvé ; mais, je le répète, ces faits-là ne sont pas en discussion.

M. Velpeau paraît avoir pris en considération les objections qui lui ont été faites, et il s'est préoccupé des insuccès de M. Fricke, de Hambourg. Quel parti prendre entre des assertions aussi opposées ? Il est difficile de s'arrêter à un terme moyen. Je proposerai à l'Académie un moyen que je crois propre à vider cette question : c'est de nommer une commission qui ferait des expériences comparatives dans les hôpitaux. Je suis convaincu qu'en prenant 20 cas d'hydrocèle, dont 10 seraient traités par l'injection vineuse et 10 par l'injection iodée, on aurait des résultats assez importants pour juger la question.

Enfin, pour terminer par ce qui a trait aux injections iodées dans les articulations, il me paraît résulter des faits énoncés dans cette discussion que c'est là une mauvaise opération. Le fait de M. Velpeau, les deux faits que vient de mentionner M. Bérard, un fait analogue de M. Robert, qui après une injection iodée fut obligé d'en venir à l'amputation, le démontrent suffisamment. Rappelez-vous, messieurs, ce que disait Boyer, le sage Boyer : qu'il ne fallait jamais pratiquer d'injection dans les articulations ; il ne voulait pas même qu'on eût recours à la ponction.

Et vous voudriez prétendre aujourd'hui qu'on peut impunément injecter des substances irritantes dans les articulations! Pour moi je suis convaincu, et je crois que l'Académie partagera mon opinion, que c'est une mauvaise opération.

M. Velpeau : S'il fallait prendre à la lettre tout ce que vient de dire M. Blandin, ce serait fort grave; mais je suis fâché de le dire, il y a dans ses assertions beaucoup d'inexactitudes.

Relativement aux faits de M. Fricke, qu'on ne cesse d'invoquer, je pourrais dire à la rigueur : Qu'importe que M. Fricke n'ait pas réussi? cela n'enlève rien aux succès des autres. Mais si nous examinons de près les faits de M. Fricke, je vois d'abord que ce chirurgien a employé l'iode à la dose de 1/30e, dose évidemment insuffisante, quand nous l'employons dans les proportions de moitié. D'un autre côté, je vois que M. Fricke réopérait ses malades au bout de 10 ou 12 jours, terme évidemment insuffisant pour juger du succès ou de l'insuccès de l'opération. Il n'en faut pas davantage pour faire voir combien ces faits sont ici de peu de valeur. Il n'en est pas de même du fait rapporté par M. Dieulafoy, et ici, je dois le dire, je regrette d'avoir entendu suspecter aussi légèrement la bonne foi et la sincérité d'un homme aussi honorable et aussi instruit que M. Dieulafoy. M. Blandin a dit que M. Maunoir avait préconisé longtemps les injections vineuses dans l'hydrocèle du cou : c'est une erreur. Il n'a fait cette opération qu'une seule fois, et il en résulta des accidents tellement graves qu'il a expressément défendu aux praticiens de l'imiter. Je ne sache pas que des injections de vin aient été pratiquées en pareil cas ni avant ni après l'opération de M. Maunoir. M. Blandin a cité encore le malade du service de M. Gerdy, opéré en l'absence du chef de service par M. Chassaignac; mais il n'a pas dit à quelle circonstance avaient tenu les accidents qui sont survenus dans ce cas-là. Ces accidents ont dépendu de la compression que la distension de la tumeur avait exercée sur les organes importants du cou. Il est évident qu'on ne peut en rendre l'injection responsable : ce fait ne prouve donc rien. Quant au fait de M. J. Roux, il n'est nullement question d'accidents graves. (M. Blandin : M. Roux m'en a fait l'aveu lui-même verbalement.) J'ignore ce que M. Roux peut avoir dit, mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est point fait mention d'accidents graves dans son mémoire. M. Blandin a parlé enfin des faits d'injection dans les articulations rapportés par M. Bérard et M. Robert. Ces faits ne prouvent qu'une chose : c'est que dans ces cas les malades n'ont pas guéri. Mais je n'ai pas prétendu dire que les injections iodées pouvaient guérir toutes les hydarthroses. Il semble que je préconise les injections iodées dans tous les cas; mais si M. Blandin avait bien entendu la lecture de mon rapport, il y aurait vu que je fais une distinction à cet

égard, et que loin de recommander les injections iodées pour tous les cas d'hydarthrose, je ne les recommande que dans les cas d'hydarthrose chronique seulement.

M. Bouley : Dans la dernière séance, M. Velpeau a cité 35 expériences faites sur des chevaux par M. le docteur Thierry et M. Leblanc, vétérinaire. Ces expériences sont très-intéressantes en ce qu'elles semblent établir l'innocuité des injections iodées. Il semblerait en résulter qu'on pourrait injecter l'iode sans inconvénient dans les gaînes synoviales, dans les articulations, et même dans la cavité thoracique des chevaux. Je n'ai aucun motif de mettre en doute l'exactitude de ces faits ; mais j'en connais d'autres qui, bien que moins nombreux, sont de nature à infirmer les conséquences qu'on a tirées des premiers. Il y a longtemps, pour le dire en passant, qu'on a pratiqué des injections de cette nature dans la pratique vétérinaire ; mais je commence par convenir qu'il n'y a pas parité entre les ponctions que l'on pratiquait autrefois avec le cautère actuel et celles que l'on fait aujourd'hui par la méthode sous-cutanée. Aussi n'invoquerai-je pas des faits tirés des anciennes pratiques.

Les faits dont je veux parler sont au nombre de 7 : un seul s'est passé sous mes yeux ; les 6 autres m'ont été rapportés par des personnes dignes de foi et dont je garantis la sincérité devant l'Académie. M. le docteur P... me fit appeler pour soigner un de ses chevaux qui avait une tumeur synoviale de l'articulation du jarret. Je conseillai des frictions résolutives qui ne produisirent aucun effet. Au bout de quinze jours, je fis appliquer un vésicatoire en prévenant qu'en cas d'insuccès j'aurais recours au feu. Le vésicatoire appliqué, il y eut du mieux ; mais dix jours après le jarret était triplé de volume, l'animal avait la fièvre et ne marchait plus. Comme je cherchais à me rendre compte de ce qui avait pu se passer, j'appris par une voie indirecte que dans l'intervalle de ces dix jours un autre vétérinaire, appelé à mon insu, avait pratiqué une injection d'iode. Quelque temps après, il survint une plaie gangréneuse au pourtour du point où la ponction avait été faite.

M. Bouley, mon fils, professeur à l'Ecole d'Alfort, m'a autorisé à dire qu'il a injecté six fois de l'iode dans l'articulation du genou, aux mêmes doses qui ont été employées chez l'homme. Sur les 6 chevaux qui ont été le sujet de ces expériences, 3 sont morts de la fièvre inflammatoire consécutive à l'opération. Depuis lors, M. Bouley n'a plus eu recours à ce moyen, et il a pris l'engagement de faire des expériences avec mon concours.

Un vétérinaire de province a pratiqué trois fois les injections iodées, et dans les trois cas il est survenu une inflammation très-intense sans aucun succès, et il a été obligé de recourir plus tard au feu pour obtenir la guérison. Voilà des faits qui, s'ils n'infirment pas les expériences de

MM. Thierry et Leblanc, sont du moins de nature à rendre très-circonspect dans l'emploi de ce moyen.

M. Velpeau : Je ne puis rien répondre à ces faits, qui me paraissent être en dehors de la question.

M. Guibourt donne quelques explications sur les diverses manières de préparer et d'administrer l'iode, et sur les effets différents qu'il doit produire suivant ce mode de préparation et son degré d'ancienneté. Il résulte en effet de ces explications que la teinture d'iode, par exemple, produit des effets différents, suivant qu'elle est récente ou ancienne : récente, elle est beaucoup plus irritante, et cela tient à ce que l'iode n'étant pas complètement dissous et restant en partie libre et à l'état de suspension dans le véhicule alcoolique, se dépose en nature sur les tissus, et agit sur eux avec toute l'intensité que l'on connaît à l'iode pur : de là les accidents si graves du côté de l'estomac que l'on observait à l'époque où l'on commença à faire usage de cette préparation à l'intérieur, accidents auxquels M. Coindet (de Genève) chercha à obvier en combinant l'iode avec le potassium. Lorsque la préparation de teinture d'iode est ancienne, au contraire, l'iode cesse de se précipiter, par suite des combinaisons nouvelles qui se sont opérées sous l'influence de l'action prolongée de l'air ; il s'altère même plus ou moins, et son effet devient de moins en moins irritant.

Il n'est pas, comme on le voit, sans quelque importance pour la question qui s'agite en ce moment devant l'Académie, de chercher à s'assurer à quelle sorte de préparation d'iode on a eu recours, et s'il s'agit de la teinture, par exemple, de savoir si elle est ancienne ou récente, ces diverses circonstances pouvant influer sur les résultats obtenus.

M. Gimelle revient sur un point de son argumentation qu'il croit n'avoir pas été très-bien compris par plusieurs des membres, et notamment par M. Roux, qui l'a mal interprété dans sa réponse. Il s'agit du degré relatif de gravité de l'inflammation des diverses séreuses. Il est évident pour lui que l'inflammation des synoviales est en elle-même aussi grave que celle de toutes les autres séreuses, et si les effets n'en sont pas toujours aussi apparents et aussi funestes, cela tient à ce que la plus grande gravité de l'inflammation de ces membranes est surtout relative à la nature des organes qu'elles recouvrent. Voilà ce que M. Gimelle avait dit dans une des précédentes séances, et ce qui avait été, à ce qu'il paraît, interprété dans un autre sens.

SÉANCE DU 20 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Injections iodées. — M. Laugier : J'ai eu l'occasion d'employer un grand nombre de fois les injections iodées dans le traitement des hydrocèles, d'après la méthode de M. Velpeau, et je m'en suis constamment

bien trouvé. Je n'ai jamais eu de récidives, jamais d'accidents : ni empoisonnement, ni inflammation suppurative, ni gangrène, et le succès a été constant. Cette méthode, indépendamment des heureux résultats qu'elle m'a donnés, me paraît avoir en outre sur l'injection vineuse l'avantage d'une plus grande simplicité dans le procédé opératoire et d'une exactitude beaucoup plus rigoureuse dans le dosage des substances employées. L'injection vineuse est loin, en effet, d'être aussi bien formulée que l'injection iodée. Les diverses qualités de vin que l'on emploie pour ces injections varient tellement dans leur composition et dans les proportions d'alcool qu'elles contiennent, qu'il est extrêmement difficile d'évaluer d'une manière quelque peu exacte leur degré d'activité respective. D'un autre côté, les chirurgiens ne sont point fixés sur le nombre d'injections qu'il convient de faire : les uns n'en pratiquent qu'une; d'autres en font deux, trois ou un plus grand nombre. Quelques chirurgiens enfin sont dans l'usage d'employer subsidiairement des emplâtres fondants pour faciliter la résolution. L'injection vineuse constitue, comme on le voit, une méthode complexe qui n'a rien de fixe; tandis que l'injection iodée, au contraire, est une opération parfaitement réglée et dont les résultats peuvent toujours être appréciés d'une manière rigoureuse. C'est-là un point de vue sur lequel on n'a pas assez insisté. J'aurais voulu, pour que les résultats fussent parfaitement comparables, qu'on se plaçât de part et d'autre dans les mêmes conditions.

Il est une autre question encore sur laquelle il me paraît utile d'appeler l'attention de l'Académie. La teinture d'iode dont on se sert pour ces sortes d'injections est une préparation fortement alcoolisée. Elle contient une proportion d'alcool beaucoup plus considérable que les vins les plus spiritueux. Or, ne peut-on pas se demander si l'efficacité des injections iodées n'est pas due à cette proportion considérable d'alcool qu'elles contiennent ? S'il en était ainsi, on ne comprendrait pas les objections que l'on a cherché à faire contre l'efficacité de ce moyen. Mais dans ce cas que ferait l'iode? Des expériences faites avec l'iode pur sembleraient tendre à prouver que cette substance seule n'est pas très-irritante. Mais si l'iode n'agit pas à la manière des irritants, n'agit-il pas en vertu d'une autre propriété spéciale que nous ne connaîtrions pas? Les faits n'ont encore rien établi de précis à cet égard, et cette question ne sera pas susceptible d'une solution satisfaisante tant qu'on emploiera l'iode à l'état de mélange avec l'alcool. Il serait utile peut-être, pour arriver à quelque résultat concluant sous ce rapport, de tenter des expériences avec d'autres préparations d'iode, l'iodure de potassium par exemple.

Tels sont les doutes que je voulais soumetter à l'appréciation de M. Velpeau.

M. Roux : D'après ce que je viens d'entendre, il semblerait que M. Laugier n'a jamais pratiqué ni vu pratiquer d'injections vineuses. Il commet une grande erreur quand il dit que l'injection vineuse n'est point une opération réglée. On ne pratique jamais plus d'une ou deux injections au plus avec le vin. Pour mon compte, j'ai l'habitude de faire toujours, par précaution, une seconde injection, mais jamais davantage. Les qualités différentes du vin n'ont, comme le croit M. Laugier, aucune influence notable sur le résultat de l'opération ; le plus mauvais vin des hôpitaux est aussi bon sous ce rapport que tout autre vin. Quant à la température, elle est, aussi, toujours la même. Il n'est donc pas exact de dire que l'injection iodée est une opération mieux réglée que l'injection vineuse ; tout au contraire, car les partisans de ces injections ne sont pas fixés sur la question de savoir s'ils doivent ou non laisser de l'iode dans la tunique vaginale et quelle quantité ils en doivent laisser, tandis que tout le monde est d'accord sur tous les détails de l'opération par l'injection vineuse. Quant aux topiques, il est vrai, quelques chirurgiens, et je suis du nombre, pensent qu'il est utile de les faire concourir au traitement ; mais cela ne détruit en rien la précision de l'opération. Le tableau qu'en a fait M. Laugier n'est donc pas exact.

J'avais parlé de quatre opérations qui ont eu des suites funestes ; ces quatre cas malheureux, que M. Velpeau n'a pas manqué de relever, n'ont pas, pour le dire en passant, toute l'importance qu'il leur a attribuée, si l'on fait attention qu'ils entrent dans un nombre de 1,500 ou 2,000 opérations environ. Ces faits se sont passés d'ailleurs il y a 20 ou 25 ans, à une époque où je n'avais pas encore l'expérience que j'ai acquise depuis ; ce qu'il y a de certain, c'est que depuis cette époque il ne m'est pas arrivé un seul accident, et cela, je le répète, sur 2,000 opérations de ce genre, environ, que je puis avoir pratiquées. Mais ce n'est pas là l'objet pour lequel je rappelle ces faits, c'est pour répondre aux interpellations de MM. Gimelle et Gerdy, relativement à l'état que présente la tunique vaginale à la suite de l'injection vineuse. Dans ces quatre cas où l'autopsie a été pratiquée peu de temps après l'opération, la tunique vaginale contenait une sérosité lactescente avec des flocons albumineux flottants qui n'étaient pas encore organisés, mais qui indiquaient un commencement d'organisation adhésive. Je crois donc, et je reviens sur ce point parce qu'il est controversé, que la guérison de l'hydrocèle ne peut avoir lieu qu'à la condition d'une oblitération complète de la tunique vaginale par l'adhérence de ses parois. Je ne pense pas du tout qu'il soit suffisant d'avoir rétabli, par une modification particulière de la vitalité des tissus, l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption de la sérosité. Une guérison obtenue dans cette condition, quel que soit le procédé employé, ne sera jamais une guérison radicale : ce sera une de ces gué-

risons temporaires à la suite desquelles la récidive est imminente. Il n'y a de cure radicale possible, à mon avis, qu'à la seule condition de l'adhérence.

M. Caventou : Les considérations dans lesquelles est entré M. Guibourt, dans la dernière séance, sur le point de vue pharmacologique de cette question, sont parfaitement exactes ; j'aurai peu de chose à y ajouter, et j'y reviendrai d'autant moins que j'ai entendu dire depuis à M. Velpeau une chose qui en atténuait un peu l'importance sous le point de vue pratique : c'est que la teinture d'iode, du moment où elle était mêlée avec de l'eau, lui avait paru réussir également dans toutes les circonstances, qu'elle fût ancienne ou récente. Cependant, s'il importe peu de tenir compte de cette circonstance par rapport au résultat pratique, je ne crois pas qu'il en soit de même par rapport aux douleurs, et qu'il soit indifférent, à cet égard, d'employer une teinture d'iode ancienne ou récente. Tous les chimistes savent qu'il se forme avec le temps une réaction entre l'iode et les éléments de l'alcool, d'où résulte la formation de l'acide hydriodique, lequel, se trouvant en rapport avec une certaine quantité d'iode resté libre, forme en second lieu de l'acide hydriodique ioduré. Or, cet acide est très-actif, et je crois que des injections faites avec la teinture d'iode transformée doivent être beaucoup plus irritantes et donner lieu à des douleurs beaucoup plus vives que la teinture récente dans laquelle l'iode n'est tenu qu'en suspension dans l'alcool.

Il est un autre point de la question thérapeutique que je n'aborde qu'avec méfiance. M. Laugier a très-bien posé la question, suivant moi, et il est allé au-devant de ce que je me proposais de dire. Le vin contient, comme tout le monde le sait, de l'alcool, de l'eau, du tartre et de la matière colorante. Or quelle est celle de ces substances qui agit ? c'est évidemment l'alcool. Entre autres preuves, je citerai le résultat d'expériences d'un chirurgien de Château-Thierry, qui, au lieu d'injecter du vin, a fait pénétrer la vapeur du vin seulement dans la tunique vaginale, et les résultats ont été ce qu'ils sont quand on injecte le vin. Il est évident que, dans ce cas, ce n'est ni l'eau, ni le tartre, ni la matière colorante, mais l'alcool seul qui a agi. Ne pourrait-il donc pas se faire aussi que dans les injections iodées l'alcool jouât un rôle plus important que ne le croit M. Velpeau ? On est fort disposé à le croire quand on considère que la teinture d'iode contient une partie d'iode pour douze parties d'alcool, c'est-à-dire, en la supposant même très-étendue d'eau, une proportion d'alcool beaucoup plus considérable encore que celle des vins qui en sont le plus chargés. C'est une question pour moi de savoir si les injections iodées n'agissent pas *malgré* l'iode, plutôt que *par* l'iode.

M. Moreau : Ceci expliquerait, ce me semble aussi, pourquoi il n'est pas nécessaire de faire intervenir le calorique dans les injections iodées.

M. Burdin pense qu'en raison de l'importance de la question qui est soulevée et de la divergence qui se manifeste parmi les chirurgiens, il serait nécessaire de constituer une commission qui eût à l'examiner à fond. Il en fait la proposition.

M. Velpeau : Cette discussion a pris, comme on le voit, de très-grandes proportions. Son importance en effet n'est pas limitée au fait du traitement de l'hydrocèle, que l'on a eu principalement en vue, mais elle s'étend à un grand nombre d'autres maladies graves et tellement fréquentes qu'elles constituent la dixième partie au moins du cadre nosologique chirurgical. On comprendra par conséquent aisément le prix que j'attache à réfuter les objections nombreuses dont la méthode des injections iodées a été l'objet.

On a dit que le nombre des faits invoqués en faveur de la méthode ne prouvait rien, et on a comparé, sous ce rapport, les faits que j'ai présentés, aux faits non moins nombreux que l'on invoquait naguère en faveur de deux opérations que l'opinion a condamnées depuis : celles du strabisme et du bégaiement. Il n'est pas exact d'abord de dire que ces opérations sont abandonnées, qu'elles ont été condamnées par l'opinion ; mais peu importe d'ailleurs : ce que je tiens à établir, c'est qu'il n'y a pas parité entre les faits dont on parle et ceux que je soumets à l'Académie. Ceux-ci se sont passés au grand jour, dans les salles d'un hôpital, en présence d'un grand nombre de témoins ; ils sont d'ailleurs d'une vérification facile : on peut revoir tous les opérés, et rien ne sera plus aisé que de s'assurer s'ils sont guéris ou non.

Le procédé d'injection par le vin n'est pas tout à fait aussi simple qu'on le dit. (M. Velpeau lit plusieurs passages d'auteurs classiques, et notamment de Boyer, sur les diverses précautions et les détails minutieux du procédé opératoire. Il résulte de ces citations que le procédé par l'injection vineuse exige plus de soins, plus de précautions, et a moins de fixité et de certitude que le procédé par l'injection iodée.)

Relativement à la douleur, je ne vois pas quelles sont les raisons qui peuvent faire présumer que les injections iodées doivent être plus douloureuses que les injections vineuses. Si nous cherchons à comparer ces deux procédés sous ce point de vue, nous trouvons, d'une part, qu'il faut chauffer le liquide à une température considérable, ce qui est déjà une condition propre à exalter la sensibilité, ce me semble, tandis que l'iode s'injecte à froid. Avec le vin, tous les auteurs recommandent, comme une condition importante, de remplir jusqu'à distension la tunique vaginale : cette distension n'est nullement nécessaire avec l'iode, et on ne peut nier que ce ne soit encore là une source de douleur. Mais il y a

mieux que cela : il y a des faits qui prouvent que dans l'immense majorité des cas les injections iodées sont effectivement moins douloureuses que les injections vineuses.

MM. les pharmaciens ont soulevé des difficultés auxquelles j'avais songé aussi. J'avais remarqué ce fait de la précipitation de l'iode sur lequel M. Guibourt a appelé l'attention. Un chirurgien distingué de Lyon, M. Pétrequin, ayant fait la même remarque, a cherché à obvier à cet inconvénient en mêlant à la teinture d'iode une certaine proportion d'iodure de potassium, afin de favoriser la dissolution de l'iode resté libre. Cette précaution me paraît bonne sans doute; mais comme j'ai réussi aussi bien sans cela, je m'en suis tenu à ma première pratique.

M. Velpeau, énumérant tous les cas pour lesquels il a employé les injections iodées, passe successivement en revue les hydrocèles enkystées, les hématocèles, les hydrocèles avec hernie, l'hydrocèle congénitale, les hernies, puis les kystes de toutes les régions du corps, le goître, et enfin les hydropisies articulaires, et il constate qu'encouragé par les premiers résultats, il a pu successivement appliquer les injections iodées à des maladies de plus en plus graves, sans avoir eu jamais à déplorer d'accidents. Il a été frappé enfin de cette dernière circonstance, que lorsque le liquide iodé était accidentellement poussé dans le tissu cellulaire, il n'en résultait pas ces inflammations gangréneuses graves que l'on observe à la suite des injections vineuses. Il est conduit de là à se demander si l'iode n'aurait pas la propriété d'enflammer d'une manière spéciale et différente de la manière d'agir du vin, c'est-à-dire sans produire jamais de suppuration : c'est ce qu'il est porté à croire d'après les faits et d'après les expériences auxquelles il s'est livré sur cet objet.

Il est donc établi, suivant lui, que les injections iodées ne sont pas dangereuses; mais sont-elles utiles? Telle est la seconde question qu'il examine.

Les injections iodées ne sont pas dangereuses; cela résulte clairement des faits : quant au succès, il y avait, dit M. Velpeau, des raisons déjà pour présumer qu'elles devaient être tout aussi efficaces dans les divers cas de collection séreuse qu'elles l'avaient été dans les hydrocèles, et l'expérience est encore venue convertir cette présomption en fait démontré pour un grand nombre d'affections. A tous ces faits on a opposé des récidives : mais il est facile de s'en laisser imposer à cet égard; il y a des raisons qui font croire souvent à des récidives alors qu'elles n'ont réellement pas lieu. M. Velpeau cite ici, entre autres faits, un cas d'opération d'hydrocèle par l'injection iodée, dans lequel le testicule conservait encore son volume primitif au bout de plusieurs semaines : on aurait certainement pu croire à une récidive dans ce cas, et cependant on ne tarda pas à voir avec satisfaction la résolution s'opérer d'une ma-

nière complète. C'est pour s'être trop hâté de réopérer qu'on a cru bien souvent à des récidives qui n'existaient pas.

Revenant sur la question des douleurs et des accidents, M. Velpeau cite de nouveau des passages des auteurs, desquels il résulte que les douleurs y sont décrites en des termes qui ne sauraient être appliqués à ce qui se passe à la suite des injections iodées. Il en est de même relativement aux accidents, et particulièrement à l'inflammation suppurative et à la gangrène.

Enfin, abordant la dernière question, celle des hydropisies articulaires, M. Velpeau répète ce qu'il en a dit dans les précédentes séances, à savoir qu'il est notoirement établi maintenant par les faits de M. Bérard, ceux de M. Robert et les siens propres, que les injections iodées ne produisent dans ce cas aucun des accidents graves que l'on semblait tant redouter, et que, quant à leur efficacité, c'est une question qui ne peut être résolue qu'en tenant compte du degré d'ancienneté de la maladie, de ses complications, de sa gravité, etc.

L'orateur termine en examinant les faits invoqués par MM. les vétérinaires, et d'après les renseignements qu'il a recueillis sur quelques-uns des faits invoqués par M. Bouley, il croit que cet honorable membre a été induit en erreur, et que les expériences de MM. Leblanc et Thierry, loin d'être infirmées par les cas malheureux qu'on a cherché à leur opposer, viennent au contraire confirmer tout ce qui a été observé sur l'homme.

M. Bouley persiste à maintenir l'exactitude parfaite de tout ce qu'il a avancé.

Au moment où M. le président se dispose à mettre aux voix les conclusions du rapport de M. Velpeau, M. Gerdy demande la parole contre les conclusions ; mais comme l'Académie n'est pas en nombre pour voter sur une question aussi importante, il demande le renvoi de la discussion à la séance prochaine.

M. le président déclare la discussion close sur le corps du rapport. La discussion sur les conclusions est renvoyée à la séance prochaine.

SÉANCE DU 27 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Injections iodées. — M. Fontan obtient la parole à l'occasion de la correspondance, pour donner communication d'une lettre de M. Dieulafoy (de Toulouse).

On a rendu justice, dit-il, au caractère honorable et à la sincérité de M. Dieulafoy, mais on a contesté la valeur scientifique du fait qui a été invoqué dans cette discussion. Je demande à l'Académie la permission de lui lire un extrait d'une lettre qui en renferme les détails, et je ne doute pas qu'après l'avoir entendu, l'Académie ne pense, comme moi,

qu'on n'était pas plus fondé à contester la valeur de ce fait qu'on ne l'aurait été à suspecter la loyauté de cet honorable confrère.

Voici le contenu de cette lettre :

« C..., teinturier, âgé de 42 ans, d'une constitution cachectique, affaibli par une diarrhée constante depuis deux ans, fut exposé au froid pendant une nuit à la suite de quelques excès. Le lendemain, 19 octobre, malaise général, fièvre, douleurs dans le ventre, diarrhée totalement supprimée. Le médecin ordinaire prescrit le repos, les calmants, un bain. Le 29, on constate un épanchement dans le péritoine, augmentant malgré le traitement. Le 15 décembre, consultation avec MM. Viguerie et Rauphost, médecin ordinaire (traitement : digitale à l'intérieur et en frictions ; purgatif) ; sans succès.

« Nouvelle consultation le 13 janvier 1841 avec MM. Naudin et Rauphost. La ponction est conseillée. Le 15, je suis appelé pour faire la ponction. Je trouve le malade très-amaigri, le ventre énormément distendu, les extrémités inférieures infiltrées ; la ponction donne 20 litres de liquide clair, mousseux. Le 3 février, appelé de nouveau, nouvelle ponction : 18 litres de liquide. Dans l'intervalle, le malade avait été soumis au traitement conseillé dans les consultations. Ne pouvant respirer et près de suffoquer, le 20, nouvelle ponction : 24 litres de liquide. Le 9 mars, nouvelle ponction : à peu près même quantité de liquide. Mais le malade très-affaibli eut une syncope presque mortelle. Bien convaincu que l'ascite qui était réfractaire aux remèdes devait entraîner rapidement la perte du malade, je conçus l'idée d'oblitérer la cavité péritonéale par une injection iodée. Ce projet fut accepté par le médecin ordinaire.

« Le 20 mars, le malade était sur le point d'expirer, tant était grande la gêne de la respiration par le développement du ventre. Nouvelle ponction. Une solution iodée avait été préparée d'avance : 32 grammes teinture d'iode, 4 grammes iodure de potassium, 150 grammes d'eau. Au moment de l'injection, cette solution fut affaiblie en ajoutant de l'eau ; l'injection fut faite dans le péritoine par la canule qui avait été laissée en place ; avec la main promenée sur le ventre, la solution fut étendue dans cette vaste cavité. Le malade éprouva une sensation de chaleur agréable. Après l'avoir laissée séjourner quelque temps, le malade, qui avait été couché à plat, fut remis sur le côté : il sortit par la canule la moitié du liquide injecté. Le soir, réaction fébrile, légère douleur de l'abdomen (frictions mercurielles, cataplasmes). Le lendemain, le malade est mieux. Je ne fus appelé auprès de lui que le 19 avril. Nouvelle ponction. La cavité péritonéale avait été oblitérée par moitié. Le développement était fait aux dépens de la partie supérieure et droite de l'abdomen (8 ou 10 litres de liquide). Nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes que lors de la première injection.

« Le 30 mai, appelé de nouveau, la tumeur formée par le liquide était globuleuse, arrondie, Nouvelle ponction (3 litres de liquide) ; nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes : état fébrile, douleur abdominale.

« Huit jours après, le malade était infiltré dans tout son tissu cellulaire. La cavité abdominale ne contenait plus de liquide. Je cessai de voir le malade. Des purgatifs le débarrassèrent de son infiltration ; la convalescence fut longue ; mais sa santé se rétablit complétement. Il reprit son état ; seulement, lorsque, étant couché, il se relevait, il éprouvait du tiraillement dans le ventre, comme si les deux feuillets du péritoine ne jouaient plus l'un sur l'autre avec facilité. »

M. Blandin : La communication que vient de faire M. Fontan ne fait que me fortifier dans l'opinion que ce fait n'a pas l'importance qu'on lui prête. Ma répugnance à croire à l'innocuité d'une pareille opération était telle que je ne pouvais me défendre *à priori* d'une certaine défiance, et les détails qu'on vient de nous lire me paraissent donner parfaitement raison du fait. Tout le monde sait que rien n'est plus facile que de confondre une ascite avec une hydropisie enkystée. Cette erreur que bien d'autres ont dû commettre, je me rappelle l'avoir commise dans un cas où l'autopsie vint la démontrer. Eh bien ! tout porte à penser qu'ici il en a été de même, et que l'on a eu affaire à un de ces kystes multiloculaires dont on a de si nombreux exemples. Tous les détails de l'événement me paraissent s'accommoder parfaitement de cette explication. Les injections successives qui ont été pratiquées auraient donc été faites dans autant de kystes distincts, et non dans le péritoine, comme on le prétend, et il ne me paraît pas démontré même que le liquide soit parvenu dans le kyste séreux quel qu'il soit. Ce qui me porte à le croire, c'est que le malade n'a accusé aucune douleur. Cette circonstance est à mes yeux d'une telle valeur, qu'elle équivaut pour moi à une preuve évidente que l'injection n'est point parvenue dans le péritoine.

M. Fontan : L'hydropisie s'est formée en trois semaines ; je demanderai à M. Blandin s'il pense qu'un kyste séreux se fût développé dans un laps de temps aussi court. Je lui ferai remarquer en outre que la disparition de l'hydropisie a été suivie d'un anasarque général, ce qui a lieu, comme on le sait, assez fréquemment par une sorte de métastase à la suite des ascites, mais jamais à la suite de kystes.

M. Velpeau ne comprend pas l'interprétation que M. Blandin cherche à donner à ce fait. Peut-on supposer qu'un kyste multiloculaire eût pu donner vingt-quatre litres de liquide à une seule ponction ? Mais en admettant même que ce fût un kyste assez volumineux pour donner une pareille quantité de sérosité, cela ne ressemble-t-il pas déjà singulièrement à une ascite, et ça change-t-il de beaucoup la question ?

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Strongles géants des voies urinaires. — M. Ségalas lit, au nom de MM. Duméril, Martin-Solon et au sien, un rapport sur une communication de M. Arlaud, chirurgien de la marine royale, relative à une observation de strongles géants sortis des voies urinaires d'une femme.

Cette espèce d'elminthe a été trouvée bien des fois dans les reins de certains mammifères, notamment du chien, du loup, du renard, et même quelquefois dans les reins du cheval et du bœuf ; mais elle est très-rare chez l'homme, ce qui donne à ce fait un intérêt particulier.

Le sujet de cette observation est une fille de 26 ans, bien constituée et bien portante jusqu'à l'époque où se sont manifestés les premiers symptômes de l'affection vermineuse. Lorsque M. Arlaud la vit, elle souffrait depuis dix-huit mois. Elle avait éprouvé d'abord les symptômes d'une néphrite, pour laquelle on lui avait fait subir un traitement antiphlogistique qui n'avait eu aucun résultat. M. Arlaud apprit, en outre, qu'après trois mois de souffrances, la malade avait rendu spontanément un ver par l'urèthre ; six autres vers semblables furent expulsés ensuite dans l'espace de six mois. Voici quelques-uns des principaux phénomènes qu'il observa :

Le 3 mars (époque où il l'a vit pour la première fois) : facies souffrant, un peu d'amaigrissement, douleur dans la région rénale droite, engourdissement et douleur le long du nerf rénal droit ; ischurie ; sensation de piqûre et d'une sorte de mouvement désagréable de reptation et de pesanteur, alternativement dans les lombes et dans la vessie. Le lendemain, rétention complète d'urine. Le cathétérisme fit reconnaître un obstacle au col de la vessie ; cet obstacle fut vaincu et l'urine en partie évacuée. M. Arlaud introduisit une pince de Hunter, à l'aide de laquelle il parvint à saisir un ver rougeâtre, aplati, long de 22 centimètres et de 4 millimètres d'épaisseur, et qu'il reconnut être un strongle géant. Les mêmes accidents s'étant reproduits douze jours après, M. Arlaud, après plusieurs tentatives infructueuses, parvint à saisir, à l'aide d'une pince à trois branches, et à extraire un corps mou, rougeâtre, d'apparence charnue et du volume d'une amande. Dans l'espace de huit mois, il pratiqua ainsi l'extraction d'une quinzaine de ces corps, de volume différent, et de sept nouveaux strongles. Un nouveau corps mou, spongieux, ayant la forme d'un gros marron et contenant cinq autres corps plus petits dans son centre, fut rendu plus tard par l'urèthre, après des douleurs vives et des efforts pénibles d'expulsion, semblables à ceux d'un accouchement.

Pendant la durée de cette longue maladie, les règles avaient été supprimées, et il s'était manifesté de fréquentes hémorrhagies, tantôt par les bronches ou par l'estomac, qui avaient fini par prendre une marche périodique.

A la suite de plusieurs tumeurs séro-sanguinolentes abcédées sur divers points du corps, les règles reparurent vers le mois d'avril (c'est-à-dire plus de deux ans après leur suppression). A cette même époque, une membrane de 30 centimètres, formant un conduit cylindrique, sortit spontanément par l'urèthre. A dater de ce moment, la malade alla de mieux en mieux. M. Arlaud, obligé de changer de résidence, cessa de voir la malade au mois de juillet; mais il a appris depuis que trois nouveaux strongles avaient été extraits.

Durant tout le temps que la malade a été soumise à l'observation de M. Arlaud, chaque fois qu'il y eut une extraction d'un strongle, il se manifesta toujours divers accidents nerveux et un peu de fièvre, souvent une hématurie, quelquefois du hoquet.

Telles sont, en résumé, les principales circonstances de l'observation recueillie par M. Arlaud. Elle est d'autant plus importante à enregistrer, que les faits authentiques de ce genre sont extrêmement rares. Aussi la commission a-t-elle cru devoir se livrer avec le plus grand soin à l'examen des pièces jointes au récit. Voici ce qui résulte de son observation :

Les pièces adressées par M. Arlaud sont : 1° deux entozoaires ; 2° une espèce de gaîne membraneuse ; 3° un corps charnu ; 4° deux autres petits corps charnus.

Les deux vers, ayant à peu près la longueur des grands ascarides lombricoïdes de l'homme, ont été reconnus, d'après leurs caractères zoologiques, pour des entozoaires appartenant à l'ordre des vers cavitaires de l'espèce strongle géant et du sexe femelle, ainsi que l'avait pensé M. Arlaud.

Le tube membraneux dans lequel l'index peut être introduit est constitué par une membrane mince, d'une couleur jaune-blanchâtre ; elle est formée par des fibres blanches et nacrées, texture que les commissaires ont retrouvée dans la peau d'un gros strongle géant. Ce tube a donc appartenu, suivant toutes les apparences, à un strongle géant énorme qui a dû se rompre dans la partie des voies urinaires où il séjournait : quant aux trois autres corps charnus, ils sont d'une nature musculeuse et d'une origine indéterminée.

M. le rapporteur propose, au nom de la commission : 1° de remercier M. Arlaud de son intéressante communication ; 2° d'inscrire son nom sur la liste préparatoire des candidats aux places de correspondants ; 3° de publier le fait dans les fascicules de l'Académie, et d'y joindre, s'il est possible, un dessin des pièces à l'appui.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Capuron lit un rapport sur un fait curieux d'obstétrique dont il nous est impossible de saisir le moindre détail. (Nous tâcherons d'y suppléer dans notre prochain compte-rendu.)

M. P. Dubois aurait quelques observations à présenter sur ce rapport; mais l'heure étant trop avancée, il demande qu'on surseoie au vote des conclusions et que la parole lui soit réservée pour la prochaine séance.

REVUE ANALYTIQUE
DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

22. *Nouvelle méthode d'analyse du sang, principalement à l'usage des cliniciens;* par M. Polli.

(Annali universali di Medicina.)

Nos lecteurs ont déjà fait, à plusieurs reprises, connaissance avec les intéressantes recherches que M. Polli continue sur l'état du sang dans les diverses maladies. Le travail qu'il publie aujourd'hui a pour but de familiariser encore davantage les praticiens avec la partie matérielle de ces investigations, qui occupent aujourd'hui une si large place parmi les moyens de diagnostic des maladies et de perfectionnement de la médecine.

L'analyse du sang comme élément de diagnostic n'est pas encore vue de bon œil par tous les cliniciens. Les principes organiques qu'elle isole peuvent-ils être regardés comme les mêmes que ceux que ce principe fluide contenait à l'état de vie? En supposant même l'identité parfaite, leur proportion quantitative peut-elle être exactement reconnue dans le laboratoire? Voilà une partie des doutes que l'on oppose encore à l'introduction de la chimie dans le domaine de la pathologie des liquides. Le mode de procédé que M. Polli décrit répond à ces objections ; car il donne le moyen de séparer les divers éléments organiques du sang l'un de l'autre avec le moins de risques de les altérer, c'est-à-dire sans l'intervention de corps étrangers qui, formant entre eux des combinaisons, donnent lieu à de nouveaux produits : il fait également découvrir leur quantité proportionnelle avec beaucoup plus de justesse, puisqu'il ne la calcule pas d'après le poids de ces éléments isolés, mais d'après la perte de poids de ceux qui restent dans le sang après la séparation successive de chacun d'eux.

L'analyse chimique du sang qui intéresse principalement le médecin est celle qui lui fait connaître la quantité différente de *fibrine*, d'*albumine*, de *globules* ou *cruor*, de *sels* et d'*eau* que

contient un sang donné. Les autres principes plus ou moins connus, qui n'existent qu'accidentellement ou en quantité minime, ont à ses yeux une importance bien secondaire. Non que je veuille par là insinuer que l'analyse complète du sang est un travail superflu et de pure curiosité ; mais il n'est pas moins vrai de dire qu'en face des malades, ce que le praticien a surtout besoin de connaître, c'est l'état et la proportion respective de ceux des éléments dont la maladie altère le plus fréquemment les conditions. — Ce qu'il lui importe encore, c'est que le procédé d'analyse soit simple, prompt, et donne des résultats facilement comparables ; qu'il puisse s'exécuter au lit du malade, sur le sang même qu'on vient d'extraire ; qu'il n'exige ni beaucoup de connaissances chimiques, ni un grand nombre d'instruments, ni des manipulations dispendieuses. Or, le procédé suivant présente, ce nous semble, tous ces avantages.

La saignée étant faite, on commence par remplir, du sang qui sort, une petite éprouvette, dont on détermine de suite la densité et la température en y plongeant l'aréomètre et le thermomètre. On a ainsi la *pesanteur spécifique* ou la *densité* du sang avant sa coagulation.

Le sang restant est ensuite mêlé, dans un bassin, à celui qu'a fourni la saignée : immédiatement il faut le battre avec un petit balai jusqu'à ce que toute la fibrine paraisse prise à son extrémité, ou réunie en masse jaunâtre et spumeuse sur le liquide ; on recueille cette fibrine avec les mains, et après l'avoir exprimée du sérum dont elle est imprégnée, on remplit de nouveau l'éprouvette du liquide ainsi défibriné, et on explore celui-ci avec l'aréomètre. Si maintenant, en plongeant cette éprouvette dans un bain d'eau chaude, on fait remonter le liquide à la température que présentait le sang au moment de son extraction, on obtiendra de cette manière la densité du sang défibriné, c'est-à-dire du sérum contenant en suspension les globules ou le cruor.

Le sang défibriné est ensuite laissé en repos dans un récipient qui sera convenablement haut et étroit, de manière que le cruor se dépose au fond et que le sérum s'élève clair et limpide à la surface. On décante ce sérum dans l'éprouvette ordinaire, et on l'essaye avec l'aréomètre et le thermomètre comme précédemment, ce qui donne la densité du *sérum,* c'est-à-dire du sang privé de fibrine et de globules.

On finit en faisant coaguler, par la chaleur, le sérum, après l'avoir préalablement étendu d'une quantité déterminée d'eau, afin qu'il puisse fournir assez de liquide pour être exploré après

la coagulation, et on le sépare, au moyen d'une toile, des grumeaux d'albumine. En examinant ce liquide avec les instruments accoutumés, on détermine la densité du sérum dépouillé d'albumine, c'est-à-dire la densité qu'a l'eau du sang, chargée des sels et des autres matières organiques qu'elle contient en dissolution. Ce chiffre accuse non-seulement la proportion de l'albumine que renfermait le sérum ; mais encore, en le comparant à celui qui représente la densité de l'eau distillée (zéro de l'aréomètre), on arrive à savoir la quantité des matières salines et organiques qui existaient dissoutes dans le sang.

Il est clair qu'en soustrayant successivement l'un de l'autre les chiffres des diverses densités obtenues, on aura les chiffres proportionnels des quantités de fibrine, de globules, d'albumine, de sels, etc., contenues dans un sang donné. Toutes les analyses qu'on répétera d'après le même plan présenteront donc des résultats parfaitement comparables entre eux.

Toute cette analyse se réduit, on le voit, à la séparation de la fibrine par l'effet du fouettage, à la séparation du cruor d'avec le sérum par la décantation, à la séparation de l'albumine d'avec le sérum par l'ébullition, enfin à quatre explorations aréométriques et thermométriques. L'opération peut se faire en moins d'une heure, avec une éprouvette, un aréomètre, un thermomètre, un récipient, une lampe à esprit de vin et un fourneau. Malgré l'extrême simplicité de cet appareil, ainsi que du procédé, ses résultats sont peut-être supérieurs en exactitude à ceux que donne l'analyse chimique la plus minutieuse, parce qu'ici on ne court pas le danger d'altérer les éléments qu'on examine, et, par suite, de se tromper sur leurs proportions, puisqu'on les pèse dans l'état même où ils se trouvent dans le sang, et qu'on les sépare de ce liquide sans l'intervention d'aucun corps étranger.

---

23. *Sur le diagnostic de l'empyème, et sur l'empyème pulsatile de nécessité;* par le docteur Robert L. Mac Donnel.

(The Dublin Journal.)

Obs. I. — Une femme de 28 ans, qui menait une vie très-irrégulière, entra à l'hôpital de Meath le 6 septembre. Depuis deux mois, elle était affectée d'une pleurésie aiguë pour laquelle elle avait été traitée très-activement. Amaigrissement ; douleur dans le côté gauche de la poitrine, un peu au-dessous du mamelon ; toux ; fièvre vive ; matité à gauche, commençant à quelques pouces au-dessous de la clavicule, et s'étendant inférieurement jusqu'à la base de la poitrine en avant, en arrière et sur les

côtés ; absence complète du murmure respiratoire dans toute la portion mate ; matité à la partie inférieure de la région sternale ; dans ce point, les bruits et les battements du cœur étaient plus intenses que partout ailleurs. Pendant une quinzaine, l'état de cette malade ne présenta aucun changement, lorsque le 21 la toux devint plus fatigante et s'accompagna d'une expectoration mucoso-purulente fort abondante ; respiration fétide ; pouls à 106 ; vingt-trois respirations par minute. Pour la première fois, la malade accusa de la douleur un peu au-dessous du mamelon, mais sans changement de couleur à la peau. Le 26, on reconnut la présence d'une tumeur qui se montrait dans les accès de toux : cette tumeur était molle et très-sensible au toucher. Depuis le 1er octobre jusqu'au 15 du même mois, elle souffrit beaucoup d'une diarrhée extrêmement abondante, et elle tomba dans un tel état d'affaiblissement que les selles devinrent involontaires. La tumeur avait considérablement augmenté ; elle avait le volume d'une orange, elle était rouge, luisante, fluctuante dans toute son étendue, et *animée de battements isochrones à ceux du pouls*, qui ne donnaient pas à la main la sensation d'un soulèvement, mais bien celle d'une expansion générale et dans tous les sens. Examinée avec le stéthoscope, cette tumeur ne présentait aucune trace de bruit de soufflet ou de frémissement. Malgré une expectoration très-abondante de pus verdâtre qui eut lieu le 21, la tumeur ne diminua pas ; elle était au contraire plus rouge, plus tendue et plus pulsatile. Le lendemain, elle s'ouvrit et donna issue à environ 3 pintes de pus d'une odeur extrêmement fétide. Cette évacuation de pus fut suivie de la réapparition de la sonorité dans les points qui présentaient de la matité les jours précédents. Bruit de tintement métallique ; respiration amphorique ; sonorité tympanique. Lorsque l'ouverture était découverte, chaque inspiration était accompagnée d'un bruit de sifflement résultant de la pénétration de l'air dans la fistule. A partir de l'ouverture de la tumeur, cette malade parut reprendre des forces ; la diarrhée cessa, l'expectoration purulente fut moindre : le pus continuait à s'écouler par la plaie ; cependant elle en rendait ordinairement par là tous les dix jours 3 ou 4 pintes. La veille même de sa mort, qui eut lieu le 15 décembre, elle avait eu une de ces évacuations purulentes.

Autopsie. — Le poumon droit était sain et ne présentait aucune trace d'inflammation des bronches. Le poumon gauche était maintenu par des adhérences contre les côtes dans l'étendue des deux tiers environ de la cavité pleurale. Le tiers restant, c'est-à-dire l'espace compris entre le diaphragme et le poumon com-

promis et refoulé, formait une cavité vide. Le poumon était en outre fixé en arrière à la colonne vertébrale par deux fortes bandes pseudomembraneuses, et son lobe inférieur était rouge et carnifié. La cavité de l'abcès se prolongeait derrière le poumon jusqu'à une assez grande hauteur, et elle était tapissée par une couche mince de lymphe plastique. Le lobe supérieur du poumon gauche était le siége de nombreux tubercules qui commençaient à se ramollir. La quatrième et la sixième côte étaient cariées, leur périoste ramolli. En dehors, les téguments qui entouraient la fistule étaient décollés dans une étendue de plusieurs pouces. Le foie, augmenté de volume, était engorgé et plein de sang.

Obs. II. — Vers le milieu de juin 1842, l'auteur fut appelé pour visiter avec le docteur Graves un individu affecté depuis trois ans de douleur du côté gauche de la poitrine, de toux et de dyspnée. Ces symptômes dataient d'une affection qu'il désignait sous le nom de *grippe*, et pour laquelle il avait été traité trois ans auparavant par le docteur Graves, qui avait reconnu chez lui un empyème du côté gauche. Il avait paru se rétablir, ses forces étaient revenues, lorsqu'il fut obligé de retourner dans son pays. Pendant les deux années qui suivirent, sa santé fut tantôt bonne, tantôt mauvaise; il avait souvent de la toux, de la difficulté pour respirer et de la douleur de côté, ce qui ne l'empêchait cependant pas de vaquer à ses occupations, et même de chasser; il avait souvent remarqué que lorsqu'il se remuait brusquement, un liquide se déplaçait dans sa poitrine. Cependant, jusqu'au mois de mai 1842, il avait joui d'une santé générale assez bonne, lorsqu'à cette époque il fut pris des symptômes généraux d'une phthisie, et il reconnut avec effroi la présence de deux tumeurs sur le côté malade de la poitrine : ce fut alors qu'il se décida à venir à Dublin. Amaigrissement; face pâle, égarée; pouls vite et faible; sueurs abondantes la nuit; toux sans expectoration; difficulté de respirer et décubitus impossible autrement que sur le dos. En examinant la poitrine, on aperçut deux larges tumeurs : une située dans le point occupé ordinairement par la pointe du cœur; l'autre en arrière entre les dixième et onzième côtes, à 2 pouces de l'épine. Ces deux tumeurs avaient chacune la grosseur d'une orange ordinaire, étaient molles, fluctuantes, sans autre changement de couleur à la peau que quelques veines larges et variqueuses qui parcouraient principalement leur base. Toutes les deux étaient *animées de violents battements isochrones à ceux du pouls*, visibles à l'œil, et aussi forts que ceux d'un anévrysme d'un volume semblable, mais sans bruit de soufflet ni frémissement. Il était facile de reconnaître, en plaçant une main sur la

tumeur antérieure et une autre sur la tumeur postérieure, que les deux tumeurs communiquaient ensemble. Les téguments n'étaient ni enflammés ni œdémateux à leur niveau, et on pouvait les palper en tous sens sans que le malade accusât de la douleur. Au reste, leur développement s'était opéré de la même manière que dans le cas précédent : il y avait d'abord eu une douleur constante qui augmentait par la pression ; mais bientôt cette douleur avait beaucoup diminué, et deux petites tumeurs du volume d'une noisette avaient commencé à paraître. Elles ne présentaient alors aucune espèce de battement, et elles restèrent en cet état jusqu'au moment où elles eurent atteint le volume d'un œuf de dinde. Le côté affecté de la poitrine n'était pas augmenté de volume ni notablement déformé. La matité était absolue, excepté dans l'étendue de 2 pouces au-dessous de la clavicule en avant et à la partie moyenne de la région scapulaire en arrière. Dans ces points, la respiration était nette et puérile ; partout ailleurs elle manquait. Le cœur n'occupait plus sa position normale ; il battait fortement et visiblement à droite du sternum, sous la mamelle correspondante. Une ponction exploratrice, faite quelques jours après sur la tumeur antérieure, donna issue à quelques gouttelettes de pus ; l'ouverture fut élargie, et l'on retira environ une tasse de matière purulente. L'amélioration fut évidente, et les battements diminuèrent beaucoup sans disparaître entièrement ; ils étaient encore perceptibles dans le sac affaissé de l'abcès. La tumeur de la partie postérieure fut ouverte trois ou quatre jours après, et donna issue à du liquide de même nature. A partir de ce moment, tous les symptômes graves disparurent : le pouls tomba, les sueurs cessèrent, le sommeil revint, l'appétit et les forces augmentèrent de jour en jour. Le côté gauche de la poitrine présentait une sonorité plus grande et un bruit de frottement si intense que le malade en avait la conscience. Peu de jours après, cette portion de la poitrine dont la sonorité n'était pas encore parfaitement claire offrait une résonnance presque tympanique à la percussion ; on y percevait en outre tous les symptômes ordinaires du pneumothorax. Son état était cependant tellement favorable qu'on le considérait comme en convalescence, lorsqu'il eut l'imprudence de se coucher dans un lit dont les draps étaient humides. Le lendemain, il présentait les symptômes d'une pleurésie aiguë du même côté, dont il eut beaucoup de peine à guérir. Il était près de retourner dans son pays, lorsqu'il fut emprisonné pour dettes, et il mourut dans sa prison, quatre mois après, de phthisie pulmonaire. L'autopsie ne put être faite.

Obs. III. — Un individu affecté depuis deux mois de bronchite et de pleurésie gauche avec épanchement, s'aperçut d'une saillie des espaces intercostaux en avant et en arrière, au niveau de la dixième et de la onzième côte ; les téguments devinrent douloureux, rouges et fluctuants ; le cœur était placé dans la région sous-mammaire droite. Le côté affecté de la poitrine rendait un son mat ou tympanique qui variait suivant la position qu'on donnait au sujet ; il y avait en outre du tintement métallique. Lorsque le docteur Graves vit ce malade en juin 1842, l'amaigrissement était considérable et la dyspnée excessive ; deux tumeurs, chacune du volume d'un œuf de poule, étaient situées l'une à quelques pouces au-dessous du mamelon, l'autre entre la dixième et la onzième côte, à 2 pouces de la colonne vertébrale ; elles étaient un peu sensibles au toucher, entourées à leur base par des veines gorgées de sang, fluctuantes et *pulsatiles ;* les téguments qui les couvraient étaient rouges et amincis : pas plus que dans les cas précédents, il n'y avait ni bruit de soufflet ni frémissement. L'ouverture de ces tumeurs fut suivie d'un soulagement qui ne fut pas de longue durée, et le malade mourut quelques jours après.

Autopsie.—Le côté gauche de la poitrine offrait une immense cavité qui renfermait environ une pinte d'un liquide sanguinolent, et dont les parois étaient revêtues d'une couche épaisse de lymphe plastique ; ce qui lui donnait l'aspect d'un immense abcès. Plusieurs brides pseudomembraneuses le traversaient d'un côté à l'autre. Quant au poumon gauche, refoulé contre la colonne vertébrale, parsemé de tubercules ramollis, il était comprimé et en quelque sorte étouffé sous les fausses membranes. Le péricarde adhérait au cœur dans toute son étendue. Cet organe était placé à droite du sternum, et sa pointe correspondait à la cinquième et à la sixième côte. Une forte bride ligamenteuse naissait du médiastin antérieur et unissait le cœur au poumon droit ; ce dernier poumon était sain et ne renfermait pas un seul tubercule. Il fut impossible de trouver l'ouverture par laquelle l'air s'était épanché dans la plèvre gauche.

La présence de tumeurs fluctuantes et pulsatiles sur les côtés de la poitrine constitue évidemment un nouveau trait de l'histoire de l'empyème ; aussi cette circonstance devait-elle appeler une explication, et voici celle que l'auteur a proposée. Il fait d'abord remarquer que dans ces trois cas les tumeurs étaient situées dans le point occupé normalement par la pointe du cœur, et que dans tous le cœur lui-même était refoulé à droite du sternum. On ne peut donc douter que ce dernier organe fût la cause des

battements dont ces tumeurs étaient animées. Le cœur battait fortement, aussi bien contre les parois thoraciques que contre le liquide qui était renfermé dans leurs cavités; de là une impulsion diastolique uniforme communiquée à tous les points de la surface, et d'autant plus forte qu'on était plus rapproché de la cause initiale de ces battements. De cette manière s'explique comment les battements ne ressemblaient pas à ceux qui sont communiqués aux tumeurs situées sur les grosses artères, comment enfin ils étaient violents, uniformes et expansifs. Quant aux tumeurs placées en arrière, l'auteur pense qu'elles devaient leurs battements soit au cœur lui-même, soit à l'aorte thoracique; et il faut avouer que par leur volume, leur situation et leurs battements plus faibles, elles étaient plus susceptibles d'induire en erreur que celles de la partie antérieure.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les développements auxquels il s'est livré au sujet du diagnostic différentiel de cette forme curieuse de l'empyème. On trouvera, du reste, le résumé de ses opinions dans les conclusions qui terminent son mémoire, et que nous allons placer ici.

1° L'*empyème pulsatile* présente des caractères qui lui sont communs avec l'anévrysme de l'aorte thoracique et la dégénérescence encéphaloïde du poumon. Ainsi on trouve dans tous ces cas des tumeurs qui ont été précédées par des douleurs de côté, de la dyspnée, de la toux et de l'impossibilité de se coucher sur le côté correspondant, se montrant chez des individus dont la constitution est épuisée et détériorée, et les progrès extérieurs de la maladie sont marqués par une vive douleur vers un point particulier de la poitrine, douleur suivie de l'apparition d'une petite tumeur molle et dépressible qui augmente de volume sans occasionner aucune douleur, et offre des *battements diastoliques* très-marqués. Suivant lui, l'*empyème pulsatile* se distingue de l'anévrysme de l'aorte thoracique par les circonstances de la maladie, la matité générale de la poitrine, l'absence de frémissement vibratoire et de bruit de soufflet, enfin par l'étendue et la nature de la fluctuation. Quant à la dégénérescence encéphaloïde du poumon, il s'en distingue par l'absence d'une expectoration semblable à de la gelée de groseille et d'une bronchite continuelle, par l'absence d'œdème et de dilatation variqueuse des veines du côté affecté.

2° L'expectoration purulente qui survient pendant le cours d'un empyème n'indique pas toujours l'existence d'une caverne pulmonaire ou même d'une bronchite. C'est seulement une sécrétion qui résulte des efforts qu efait la nature pour donner issue

à la collection purulente par les voies les plus rapprochées et les plus faciles.

3° Quant au poumon du côté opposé, il est plus souvent le siége d'une simple congestion que d'une bronchite véritable, et bien que l'on y entende des râles fort abondants, on ne retrouve cependant jamais les symptômes généraux qui accompagnent ordinairement l'inflammation des bronches, par exemple l'état fébrile, les exacerbations de la toux, la dyspnée, etc. Rien n'annonce d'ailleurs l'invasion d'une maladie nouvelle.

4° Relativement à l'état du foie dans l'empyème, cet organe est non-seulement déplacé d'une manière mécanique, mais encore il est fortement gorgé de sang, quel que soit le côté vers lequel se montre l'empyème. L'auteur en conclut que cette augmentation de volume de l'organe hépatique est identique avec celle qui se montre dans les autres affections du cœur et des poumons, et qui a pour cause les nouvelles fonctions que le foie doit remplir, c'est-à-dire la *décarbonisation du sang*. Cet engorgement du foie, qui se montre dans les maladies du cœur et des poumons, cesse aussitôt que les obstacles circulatoires et le besoin d'oxygénation ont disparu. Il en est de même dans l'empyème : la disparition de cet engorgement est un des premiers signes qui indiquent la résorption de l'épanchement et le retour du poumon comprimé à l'accomplissement de ses fonctions premières.

---

24. *De la mélanose pulmonaire chez les mineurs;* par le docteur **Brockmann.**

(Allgemein Repertorium die gesammtem Heilkunde.)

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étendue à donner à l'expression de *maladie des mineurs*. Les uns donnent ce nom seulement à l'asthme produit par l'inspiration d'un air chargé de poussière métallique; les autres y comprennent l'*asthme des montagnes (asthma montanum)*; d'autres, enfin, donnant un sens encore plus étendu, y comprennent tous les empoisonnements produits par les métaux chez les mineurs. Tous s'accordent, cependant, assez généralement, pour reconnaître les poumons comme le siége de la maladie. Le travail, dans les mines, étant la cause de cette affection, il en résulte que celle-ci doit varier d'après la nature des mines. C'est ainsi que les mines de la Saxe produisent une affection particulière qui, d'après ses symptômes, est susceptible d'être classée parmi les mélanoses des poumons.

Les *altérations anatomiques* qu'on trouve dans cette mélanose se distinguent en caractères *essentiels*, *accidentels* et *secondaires*.

Le caractère essentiel consiste dans une coloration noire des poumons dans toute leur étendue, non-seulement dans les ramifications des bronches et des vaisseaux sanguins et pulmonaires, mais encore dans la substance nerveuse, dans la plèvre et les ganglions bronchiques. Cette couleur varie de nuance, d'intensité et d'étendue, et d'après les autopsies que nous avons faites, nous pouvons en établir quatre variétés. Dans le premier degré, qui n'est jamais mortel, on remarque quelques points arrondis, plus rarement allongés, d'un brun-noirâtre. Dans le second degré, les taches ont plusieurs pouces de superficie, sont d'une couleur plus foncée et envahissent quelquefois une partie considérable des poumons, sans que le reste, cependant, qui plus tard se trouve parsemé de points brunâtres qui lui donnent un aspect marbré, y participe. En pressant les poumons, il s'écoule une matière noirâtre. Dans le troisième degré, la couleur noire existe dans toute la substance du poumon ; çà et là, on aperçoit des taches d'un gris cendré de quelques lignes de largeur, de manière que la partie foncée se trouve quelquefois circonscrite par une ligne plus claire, ce qui donne un aspect tout particulier aux poumons. Souvent aussi le tissu mélanosé se trouve mêlé lui-même avec quelques lignes plus claires d'une couleur brunâtre. Dans le quatrième degré enfin, les poumons, dans toute leur étendue, offrent une masse noire et poisseuse qui laisse écouler un fluide épais, écumant ; ce qui dénote qu'ils donnent encore passage à l'air. Dans toutes ces variétés d'altérations anatomiques essentielles que nous venons d'énumérer, la pesanteur spécifique des poumons reste normale ; aucune anomalie ne s'observe dans leur structure, si ce n'est qu'ils sont un peu plus endurcis dans le quatrième degré. Il résulte des recherches chimiques de M. Bethe, pharmacien à Claustoil, que la matière mélanique a une analogie remarquable avec le gidment des yeux.

Aux altérations accidentelles doivent être rapportés les changements de texture qu'on observe dans la substance des poumons, tels que des tubercules miliaires en petit nombre, ayant leur siége plutôt dans la profondeur du tissu pulmonaire qu'à la superficie, qu'on ne trouve presque jamais ramollis, et qui ont le plus souvent la couleur du tissu mélané du premier et du second degré ; des tumeurs squirrheuses, dures, raboteuses, noires ; des cavernes de l'étendue d'un pois, remplies d'une bouillie noirâtre. Il paraît difficile de dire si ces altérations apparaissent avec la maladie, ou si elles sont des productions morbides secondaires ; mais toujours est-il qu'elles présentent des caractères tellement distincts que, dans aucune autre maladie des poumons,

elles n'ont cette importance ni dans les symptômes ni dans l'anatomie pathologique.

Aux altérations secondaires doivent être rapportées les fausses membranes des plèvres, l'épanchement d'eau dans le thorax et le péricarde, l'atrophie du cœur et du foie. Le cœur, cependant, est quelquefois hypertrophié, quoique le corps soit presque réduit à l'état de squelette. Les veines des intestins sont remplies d'un sang noir et épais.

Les *symptômes* de la mélanose pulmonaire des mineurs varient d'après les diverses périodes de la maladie. Dans la première période, on peut difficilement la reconnaître ; c'est tout au plus si on peut la soupçonner, vu qu'aucun symptôme, se rattachant particulièrement à cette maladie, ne se présente. Déjà elle est reconnaissable dans la seconde période. Et d'abord il y a altération des traits. Si le malade avait jusqu'alors un teint fleuri, on remarque que bientôt la figure devient noirâtre et que cette couleur s'étend peu à peu à tout le corps. On remarque, en outre, une diminution notable des forces, un manque d'appétit, une pesanteur à l'épigastre et une digestion difficile, des douleurs légères dans les membres, dans le dos et dans les muscles de la poitrine. A cela se joint une toux tantôt sèche, tantôt humide, et des palpitations du cœur. L'auscultation et la percussion n'offrent rien d'anormal. Dans cet état, le malade passe souvent plusieurs années sans s'occuper trop de sa position, et c'est pendant ce temps-là que la maladie passe à la troisième période. Les traits du malade s'altèrent alors de plus en plus, la couleur de la face devient d'un noir plus foncé, une maigreur extraordinaire et générale survient. Le malade s'affaiblit de plus en plus, l'appétit ne fait que diminuer, des douleurs erratiques, qui se concentrent quelquefois à l'épigastre, apparaissent ; la toux augmente et donne lieu à l'expectoration de crachats grisâtres, renfermant quelquefois du sang, et mêlés à des stries noirâtres. A la toux se mêle une dyspnée très-forte, tellement caractéristique qu'on a donné à cette maladie le nom d'*asthme métallique*. Le trouble de la digestion augmente, et il y a une grande tendance à la constipation. Des douleurs atroces se font sentir dans tous les muscles, surtout la nuit ; elles cessent pendant quelque temps pour revenir ensuite avec une plus grande intensité. Dans la quatrième période, enfin, tout indique que la mort doit survenir. Le visage, les membres, et surtout les pieds, s'enflent ; le malade peut à peine se tenir sur ses jambes ; il est obligé de rester constamment couché, et le décubitus dorsal est rendu presque impossible par l'épanchement du thorax et du péricarde. Il y a expectoration

d'une masse noire comme de l'encre, quelquefois d'une couleur gris cendré, plus rarement de masses de crachats séreux dans lesquels on remarque des stries noires. Les douleurs musculaires ne font qu'augmenter d'intensité. Il est à remarquer qu'il se fait rarement un épanchement du côté de l'abdomen, et, s'il se présente, il disparaît complètement au bout de quelque temps ; un mouvement fébrile se joint à tous ces symptômes, et dans les derniers temps de la maladie, une fièvre lente survient. Plus la maladie dure longtemps (ordinairement elle dure des années avant que la mort arrive), plus il y a de moments d'exacerbation et de rémission. Ces moments de rémission sont quelquefois si trompeurs qu'ils pourraient faire croire à un prochain rétablissement. Enfin, une prostration complète des forces arrive, le dégoût de la vie augmente, l'insomnie est continuelle, les lèvres deviennent livides, les extrémités des doigts sont froides et bleues, les ongles se courbent et tombent quelquefois. Une paralysie du cerveau et des nerfs de la respiration peut survenir et causer subitement la mort.

La mélanose pulmonaire peut être confondue avec l'asthme, la phthisie pulmonaire et l'hydrothorax. Plusieurs caractères servent à la distinguer des autres formes de l'asthme. Ces dernières se présentent avec un type intermittent, tandis que la mélanose pulmonaire affecte un type rémittent. Elle augmente toujours après des travaux qui exigent un grand déploiement de forces. Ces travaux, par leur répétition, augmentent l'intensité de l'asthme mélanique et finissent par habituer l'économie à ces exacerbations et rémissions dont nous avons déjà parlé. Elle n'apparaît pas la nuit comme les autres attaques d'asthme, qui éveillent subitement le malade; elle n'arrive jamais à ce degré d'intensité des paroxysmes de l'asthme ordinaire, et le murmure respiratoire n'est point diminué. L'activité du cœur n'est point augmentée ; quelquefois seulement la circulation est irrégulière.

Le diagnostic nous fournit aussi des signes précieux pour distinguer cette affection de la phthisie tuberculeuse des poumons. Dans l'affection tuberculeuse, la percussion donne un son mat, le thorax diminue de volume, l'auscultation nous fait entendre la bronchophonie, la pectoriloquie, le souffle amphorique ou le tintement métallique ; les crachats sont rendus en grande quantité, mêlés à du sang ou bien constitués par du sang seulement; tandis que dans la mélanose pulmonaire, la percussion et les dimensions du thorax sont normales ; l'auscultation fait entendre un murmure respiratoire régulier aussi longtemps qu'il ne s'est pas formé de productions morbides dans les poumons ou dans

les parties environnantes; quelquefois aussi la respiration est puérile. Les crachats sont plus légers, ne sont pas en si grande quantité, ne sont pas mélangés avec du sang, mais bien avec de la matière mélanique. L'existence ou la non-existence de douleurs de poitrine peuvent aussi venir au secours du diagnostic. Dans la mélanose, le malade ne sent aucune douleur au commencement de la maladie, tandis que dans la suite elle devient très-intense; dans la phthisie, c'est le contraire qui arrive. La douleur est plus forte dans la première période de la maladie, et diminue ensuite, à moins qu'elle ne soit produite alors par des complications. La voix diffère aussi dans les deux maladies. Dans la phthisie, elle s'éteint, tandis que dans la mélanose elle reste à l'état normal, s'affaiblit seulement comme toutes les autres fonctions au déclin de la maladie. La couleur noire, la physionomie triste, mélancolique, donnent au malade un aspect tout particulier qu'on ne trouve pas chez le phthisique. Celui-ci, malgré l'intensité des symptômes, compte toujours sur son prompt rétablissement, tandis que celui-là est toujours préoccupé de l'idée de la mort. Certaines fonctions organiques diffèrent peu dans les deux maladies. Dans toutes les deux, le défaut de nutrition produit un épuisement des forces et une diminution d'énergie de toutes les fonctions.

Si le diagnostic différentiel de la mélanose et de la phthisie n'est pas très-difficile, il n'en est pas de même de celui qui existe entre celle-là et l'hydrothorax, ces deux affections existant presque toujours ensemble dans la maladie qui nous occupe. Si la mélanose n'est pas encore accompagnée d'hydrothorax, on la distingue de ce dernier par la percussion, l'auscultation et la mensuration de la poitrine. Dans l'hydrothorax, la percussion donne un son mat, le murmure respiratoire est diminué et cesse complétement avec les progrès de l'épanchement, les dimensions de la poitrine éprouvent des modifications notables; tandis que dans la mélanose tous ces signes n'existent pas. La dyspnée qui oblige le malade à se tenir assis, la tête levée, n'existe pas à ce degré dans la mélanose comme dans l'hydrothorax. La toux, dans cette dernière affection, quoiqu'elle soit très-intense, n'a pas le caractère spasmodique et n'offre pas les mêmes crachats que dans la mélanose. Les joues et les lèvres sont colorées en bleu, tandis qu'elles sont noires dans la mélanose.

Maintenant quelle est la nature de la mélanose pulmonaire des mineurs? doit elle être comprise dans la vraie ou dans la fausse mélanose? Le fait qui caractérise cette maladie dépend-il d'une modification interne, ou bien est-il produit par l'accumula-

tion de matières charbonnées qui proviennent du dehors ?

D'après Craig's, la matière mélanique des poumons peut affecter trois formes : 1° celle d'un tissu noir mais normal ; 2° celle d'une production morbide ; 3° celle d'une substance étrangère. La première forme n'est pas du domaine de la pathologie ; la seconde doit être considérée comme une *mélanose vraie*, et la troisième comme une *mélanose fausse*. Carswel considère comme *vraie mélanose* une maladie constitutionnelle, et comme *fausse*, celle qui est produite par le travail dans les mines. Bondy comprend sous le nom de *vraie mélanose* un dépôt de pigment noir qui produit un changement dans la structure des tissus, et sous le nom de *fausse mélanose*, celle qui ne produit pas ce changement. Nous nous demanderons à quelle classe appartient la mélanose pulmonaire des mineurs ? D'après Bondy, elle doit appartenir à la pseudomélanose, et d'après Carsweld elle appartient également à la vraie et à la fausse mélanose. Nous croyons, bien que les expériences chimiques nous démontrent la couleur noire du pigment comme le produit des matières charbonnées introduites dans les poumons, nous croyons cependant, dis-je, que, dans la mélanose, il y a un dépôt de pigment organique animal. En effet, les expériences de M. Bethe démontrent que, bien qu'une partie du dépôt noir soit produite par du charbon végétal, une autre partie a toutes les propriétés du charbon animal et doit être produite dans l'intérieur des organes. Si le parenchyme pulmonaire était rempli de poussière de charbon, leur pesanteur spécifique devrait être augmentée : c'est ce qui n'a pas lieu. Si la maladie est uniquement produite par la poussière de charbon qui s'introduit dans nos organes, comment se fait-il que les symptômes continuent et s'aggravent même, bien que le malade se soit depuis longtemps soustrait aux travaux des mines ? Il faut donc qu'il y ait une cause interne, une modification dans l'organisme, pour expliquer ces phénomènes. Comment se fait-il aussi que des ouvriers se trouvant dans les mêmes conditions, les uns soient victimes de ce mal et que les autres n'en souffrent nullement, s'il n'y avait pas des conditions particulières, indépendantes du dehors, qui concourent à sa production ? Pourquoi cette maladie se présente-t-elle seulement chez les mineurs et non chez d'autres ouvriers qui font un aussi grand usage du charbon que les mineurs ? Ces molécules de charbon devraient être absorbées par les vaisseaux pulmonaires et donner une couleur noirâtre aux autres tissus, et pourquoi n'observe-t-on cette couleur noirâtre que dans les poumons ? Si d'après nos observations la poussière de charbon ne produit aucune lésion anatomique dans

les poumons, pouvons-nous du moins supposer qu'elle s'oppose au passage de l'air en s'interposant entre les tuyaux bronchiques? Mais il n'est pas démontré que les tuyaux bronchiques soient obstrués? Comment se peut-il encore que la poussière de charbon produise une maladie aussi terrible que la mélanose pulmonaire?

Les symptômes et la marche de la maladie indiquent sans contredit qu'elle est une consomption, une véritable phthisie, qui se distinguent de la plupart des autres phthisies par le manque des altérations anatomiques. Les quelques changements qu'on trouve n'expliquent pas suffisamment les symptômes qu'on observe pendant la vie. Elle a beaucoup de ressemblance avec le marasme sénile, où le malade dépérit constamment sans qu'on puisse localiser le siége de la maladie. Nous ne saurions comprendre cet état de marasme dans la mélanose pulmonaire, si nous n'admettions pas que le pigment des poumons est produit par autre chose que par l'introduction de matières charbonnées.

Nous croyons que chez les mineurs le sang est modifié : 1° par l'air qui est altéré dans les mines ; 2° par le charbon ;

3° Par le défaut d'activité dans la circulation chez les ouvriers qui ne se donnent pas assez d'exercice. Il faut joindre à cela l'entassement des ouvriers même hors des mines, les vêtements mouillés qu'ils ont l'habitude de porter constamment.

Les causes prédisposantes sont une constitution atrabilaire, le défaut de soins, de propreté, l'humidité et le refroidissement du corps, les excès en tout genre, les évacuations abondantes, la privation d'air. Nous avons déjà indiqué les causes occasionnelles. Le pronostic de cette maladie est grave.

Les mesures prophylactiques sont faciles à déduire de ce que nous avons dit jusqu'à présent. Les indications thérapeutiques consistent à modifier le sang qui est hypercarbonisé. Dans ce but, on donnera des préparations d'oxyde de fer, des évacuants, notamment le calomel uni au jalap. On prescrira les alcalins, l'extrait aqueux d'aloès, la rhubarbe et les bains de Carlsbaade pendant l'été, si l'état du malade le permet. C'est surtout dans la troisième période qu'on retire de bons effets des bains chauds et des eaux de Carlsbaade, ainsi que des préparations d'oxyde de fer. Les émissions sanguines ne produisent aucun effet. On peut avoir recours aux dérivatifs et aux moyens palliatifs pour calmer la toux. Dans la dernière période, on doit avoir recours aux toniques, aux amers et aux antispasmodiques. On prescrira des diurétiques contre l'anasarque qui se déclare promptement. Quant à l'épanchement qui se fait dans le thorax ou dans le péri-

carde, il est au-dessus des ressources de l'art. Les moyens curatifs échouent complétement, si à la mélanose il se joint un changement de texture dans les poumons.

---

25. *Guérison d'une hydropisie de l'ovaire par la compression, les mercuriaux et les diurétiques;* observation par le docteur Isaac B. Brown.

(The Lancet.)

Une dame de 27 ans avait vu son ventre augmenter de volume depuis l'âge de la puberté ; mais elle n'y avait pas fait grande attention, lorsque, voulant se marier, elle consulta le docteur Merriman, qui reconnut une hydropisie de l'ovaire, et conseilla de suspendre le mariage. Cette dame se soumit sans succès à plusieurs traitements, et pensant qu'il n'y avait plus rien à faire, elle se séquestra de la société. Elle fut adressée à l'auteur, qui trouva, au moyen du toucher, une tumeur de la grosseur de l'utérus au septième mois de la gestation, s'étendant surtout du côté gauche, s'étendant également au delà de la ligne médiane jusque vers la fosse iliaque droite ; cette tumeur était parfaitement circonscrite et fluctuante dans toute son étendue. Le col de l'utérus était parfaitement sain, et les règles revenaient régulièrement ; cependant la santé générale avait notablement souffert. L'auteur prescrivit un mélange de pilules bleues et d'opium en pilules ; une potion, dans laquelle entraient de l'acétate de potasse, de la scille et plusieurs autres diurétiques ; des frictions mercurielles pratiquées tous les soirs sur les cuisses, et l'application d'un bandage de flanelle compressif sur l'abdomen, aussi serré que la malade pourrait le supporter ; nourriture abondante, exercice en plein air. Huit jours après, les gencives étaient considérablement gonflées ; cependant le traitement ne fut pas interrompu. A cette époque, on reconnut que le volume de l'abdomen avait notablement diminué ; la santé générale était meilleure, l'esprit de la malade plus tranquille. Le 17 septembre, on reconnut, en mesurant de nouveau l'abdomen, que cette cavité avait diminué de 4 pouces. L'auteur trouva l'occasion favorable pour pratiquer la ponction du kyste ; ce qu'il fit immédiatement : elle donna issue à six pintes d'un liquide albumineux, d'une couleur foncée, ressemblant beaucoup à du café non clarifié. Le bandage fut aussitôt réappliqué, et le même traitement continué de nouveau. Le 27 novembre, l'abdomen avait encore perdu 1 pouce et demi de son étendue ; mais comme à la première ponction l'auteur avait négligé un kyste également situé dans la

cavité abdominale, il en pratiqua la ponction et en retira cinq pintes d'un liquide parfaitement transparent et jaunâtre. Il profita de cette ponction pour, sans retirer la canule, ouvrir le premier kyste : cette ponction donna issue à six pintes d'un liquide couleur café. Nouveau bandage compressif, plus serré que par le passé ; continuation du traitement. Sans entrer dans plus de détails, nous dirons que l'auteur augmenta de jour en jour la compression, en plaçant sur l'abdomen une quantité de plus en plus grande de compresses. Le 1er janvier, on sentait dans l'abdomen les restes des deux kystes qui étaient affaissés sur eux-mêmes et qui ne contenaient plus de liquide. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

---

26. *Opération césarienne vaginale. Oblitération complète de l'orifice de l'utérus ; hystérotomie vaginale ; terminaison heureuse de l'accouchement ;* par le docteur D. Thomas de Corral y Ona, professeur de clinique d'accouchements à Madrid.

(Revue médico-pharmaceutique de Barcelone ; et Clinique de Montpellier.)

Les faits de la nature de celui que nous allons rapporter sont rares, et offrent d'autant plus d'intérêt, qu'en montrant une des difficultés les plus urgentes de la pratique, ils enseignent en même temps le moyen de la surmonter. Nous laisserons d'abord parler l'auteur, sauf à ajouter quelques remarques.

Obs. — « Dona Maria-Trinidad Pificiro, épouse de Don Genaro Lopez Santa-Maria, âgée de 29 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution robuste, a été menstruée à 16 ans, et a souffert jusqu'à sa première grossesse d'une dysménorrhée très-douloureuse. Elle accoucha pour la première fois au mois de novembre 1843, sans autre particularité que la lenteur dans le travail, ordinaire aux primipares. Les menstrues apparurent depuis sans la dysménorrhée.

« Devenue enceinte pour la seconde fois, elle sentit les douleurs de l'enfantement le soir du 1er février 1845. A une heure avancée de la nuit, je fus appelé en consultation auprès de la patiente, où je trouvai le docteur Don Francisco Alarcos, dont les connaissances spéciales en obstétrique sont justement reconnues, et qui me dit que la tête avait franchi le détroit supérieur et pénétré dans l'excavation pelvienne, sans qu'il eût pu rencontrer l'orifice de la matrice ; il pensait que l'orifice utérin était oblitéré.

« Les douleurs étaient fortes et expulsives ; le toucher par le

vagin me fit bientôt reconnaître la justesse du diagnostic porté par le docteur Alarcos. A la hauteur de l'union du tiers supérieur de l'excavation avec le tiers moyen, on rencontrait une éminence hémisphérique, dure, égale et lisse, formée évidemment par la tête du fœtus recouverte par la région inférieure de la matrice. En parcourant avec le doigt tous les points de cette éminence et les limites supérieures du vagin dans ses relations anatomiques avec l'utérus, on ne trouvait ni ouverture ni trace d'ouverture; seulement, à la partie supérieure et postérieure du conduit, vers le point où aurait dû exister la lèvre postérieure du museau de tanche, on rencontrait deux ou trois lignes dures, placées transversalement et formant des plis s'entrecroisant à angles très-aigus : c'étaient sans doute des cicatrices.

« Le vagin était dédoublé en proportion de la descente de la matrice. J'explorai l'organe gestateur par le rectum, et je sentis distinctement la tête du fœtus à travers la cloison. Une sonde, introduite dans la vessie, venait butter contre la tête dans son passage au col; en la dirigeant vers le fond supérieur de la cavité, elle ne pouvait passer entre le fœtus et la symphyse du pubis; en la poussant au contraire vers la partie inférieure, elle glissait sur les côtés de la tête, à un demi-pouce de la partie la plus saillante de l'éminence formée par le fœtus dans le vagin, de telle sorte qu'on distinguait facilement l'extrémité de la sonde au travers des parois du vagin et de la matrice. Il était donc indubitable que la tête du fœtus, en traversant le détroit supérieur et en descendant dans l'excavation pelvienne, avait poussé la vessie en bas et en arrière plus qu'il n'arrive ordinairement, et l'avait aplatie d'arrière en avant; d'où la présence beaucoup plus bas du bas-fond de la vessie, ce qui était à remarquer dans l'occasion présente, comme nous le verrons bientôt. L'exploration vésicale nous offrit encore une autre chose digne de remarque : c'est que l'orifice de l'urèthre était assez dilaté pour permettre l'introduction du petit doigt et de s'assurer par ce moyen de la présence de la tête du fœtus, que l'on aurait pu croire logée dans la vessie et recouverte seulement des membranes d'enveloppe, si cette illusion n'eût été détruite par les antécédents, qui éloignaient toute idée de communication entre l'utérus et la vessie.

« Avec toutes ces données et après une discussion approfondie, nous fûmes d'avis :

1° Qu'il y avait une oblitération complète de l'orifice de la matrice;

2° Que l'absence de l'orifice ne pouvait être attribuée à une obliquité, puisque le doigt parcourait toute la superficie de

l'éminence formée par la tête coiffée de la matrice et les limites du vagin, sans rencontrer la moindre trace d'ouverture;

3° Que l'occlusion de l'ouverture utérine dépendait de l'adhérence de ses bords, comme l'indiquaient ces cicatrices linéaires;

4° Que la position de la tête était occipito-antérieure;

5° Que l'unique obstacle à la terminaison de l'accouchement se trouvait dans l'oblitération;

6° Que cet obstacle, en vue de l'épaisseur des parois utérines, ne pouvait disparaître que par l'hystérotomie vaginale.

« Nous fûmes d'accord de différer l'opération jusqu'au lendemain matin, ce que la famille demandait, et rien ne s'opposant à ce retard de quelques heures.

« Je consultai encore mon respectable et illustre collègue et ami, Don Dionisio Villaneuva et Solis, professeur d'hygiène; et son avis étant conforme de tous points au nôtre, je procédai à l'opération, en présence des professeurs Don Matias Nieto et Serrano, Don Julian Uriarte, Don Victoriano Usera et Don Ramon Segovia.

« La malade placée dans la position qu'exigent les grandes opérations obstétricales, et soutenue par des aides, j'explorai de nouveau les parties, négligeant le secours du spéculum comme inutile. Un des assistants introduisit les doigts indicateur et médius de la main droite dans le vagin, la face palmaire en haut et en avant, de manière à appuyer sur la partie antérieure de l'éminence fœtale et à soulever en même temps le bas-fond de la vessie. Moi-même je portai l'indicateur et le médius de la main gauche, la face palmaire tournée en bas et en arrière, que j'appliquai sur la partie postérieure de l'éminence, à la limite du vagin et de l'utérus : ainsi se trouvaient protégés la vessie, le rectum et l'union du vagin à la matrice. Les quatre doigts, placés comme je viens de le dire, circonscrivaient un espace d'environ un pouce sur la partie la plus saillante de la tumeur. Cela fait, je conduisis à plat un bistouri convexe, à manche fixe et à lame recouverte de linge jusqu'à quatre ou cinq lignes de la pointe, et je pratiquai une ouverture à droite de l'espace limité, dans le lieu correspondant au museau de tanche, incisant avec réserve de dehors en dedans, explorant avec l'extrémité de l'indicateur gauche au fur et à mesure, afin de ne pas blesser la tête du fœtus appliquée étroitement derrière la paroi utérine. Je parvins, sans encontre, à faire une incision transversale de six lignes sur une matrice qui avait deux lignes et demie à trois lignes d'épaisseur. Je remplaçai alors le bistouri convexe par un bistouri droit boutonné, et, tournant le tranchant à gauche, je portai l'incision à

deux pouces et demi ou trois pouces. Arrivé là, je jugeai l'opération terminée, et j'attendis avec confiance les efforts de la nature. Les douleurs se déclarèrent plus vives et plus suivies, et peu après le vertex se présenta, enveloppé des membranes, à l'ouverture artificielle qui se laissait distendre et s'arrondissait graduellement. Au bout d'une heure, les membranes se rompirent, les eaux s'écoulèrent, et la circonférence occipito-bregmatique eut franchi le nouvel orifice. Deux heures et demie après l'opération, l'accouchement se terminait heureusement sans grande hémorrhagie, et sans autre accident qu'une déchirure incomplète du périnée.

« L'enfant naquit dans un état de syncope dépendant de la stase sanguine par la compression prolongée. La saignée du cordon ombilical, les stimulants cutanés, l'insufflation, et les autres moyens connus, parvinrent à combattre cette mort apparente. L'accouchée n'offrit rien de particulier jusqu'à l'époque de la révolution laiteuse, qui eut le cinquième jour sans trop grand mouvement fébrile ; et quoique la sécrétion du lait ne se fît pas avec abondance, elle aurait pu allaiter sans une fièvre intermittente erratique qui exigea la diète et l'administration du sulfate de quinine. Les lochies fluèrent comme d'habitude, et la déchirure du périnée ne réclama pas de moyens particuliers.

« Dans le moment où je transcris cette observation, plus d'un mois après l'accouchement, cette femme est bien, quoique faible, à cause des souffrances qu'elles a endurées. L'ouverture artificielle a rempli les fonctions de l'orifice utérin en laissant passer les lochies. Deux jours après l'opération, son contour était comme plissé ou froncé; le diamètre transversal avait un pouce et demi, et l'antéro-postérieur un peu moins. Depuis, elle s'est réduite davantage, et affecte imparfaitement la forme du museau de tanche; elle est libre et admet aisément l'extrémité du doigt indicateur. Au delà de l'ouverture du nouvel orifice, le doigt parcourt un espace étroit d'un demi-pouce de haut, qui représente une espèce de col accidentel.

« Nous ne perdrons pas de vue que cette ouverture arrondie, lisse et sans ulcération, peut s'oblitérer, et pour empêcher ce résultat, nous ne négligerons aucun des moyens dilatateurs connus.

« Les fastes de la science ne comptent pas beaucoup de faits semblables, et c'est précisément à cause de leur rareté que Denman et Velpeau ont cru que des cas d'obliquité de l'orifice utérin ont été pris pour des occlusions du col. Cette assertion n'est pas exacte; car, quoiqu'elle s'appuie sur quelques observations d'obliquité postérieure de la matrice, prise à première vue

et sans un examen approfondi et consciencieux pour une oblitération, il n'est pas moins vrai que l'erreur est à peine possible si on explore avec attention la circonférence du vagin dans son union avec la matrice.

« Il y a certainement des faits d'oblitération utérine bien justifiés et authentiques, non-seulement durant la gestation et au moment de l'accouchement, mais encore hors de ces deux conditions de la matrice. Voici un court résumé des plus connus :

« Gautier, chirurgien de Paris, pratiqua avec succès, à la fin du siècle passé, l'hystérotomie vaginale dans un cas d'oblitération complète, la matrice étant très-près du détroit inférieur.

« Velpeau cite lui-même une observation de M. Caffe, dont les détails ont beaucoup d'analogie avec ceux que nous avons rapportés.

« Lobstein et Berger ont pratiqué, avec un heureux résultat, l'opération césarienne vaginale dans le cas d'absence de l'orifice utérin.

« Dans le numéro 221 du *Bulletin de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie* (2 du présent mois de mars), on parle d'une occlusion de la matrice qui exigea l'hystérotomie, opération suivie de succès, et exécutée en 1842 par le professeur Don Antonio del Campo et Llanos.

« A ces observations, je pourrais en ajouter d'autres, dans lesquelles on a eu recours à l'hystérotomie, soit pour des cas analogues, soit dans la circonstance de rétention du flux menstruel, soit pour une oblitération de l'orifice utérin due à l'induration fibro-cartilagineuse ou squirrheuse de ses bords. »

---

27. *Sur l'administration de l'ergot de seigle et sur ses effets chez la femme en travail et chez le fœtus;* par le docteur Samuel L. Hardy.

(Dublin Journal.)

L'emploi du seigle ergoté est devenu si général dans la pratique des accouchements dans ces dernières années, que l'on s'explique facilement les travaux nombreux qui ont été publiés relativement aux propriétés et aux effets de cet agent thérapeutique ; il n'en est pas moins vrai cependant qu'il reste beaucoup à faire sur ce point. Fort de cette idée, le docteur Hardy a cherché à résoudre plusieurs questions qui touchent à l'emploi de cet agent. Il a cherché d'abord à déterminer quel temps s'écoule entre l'administration du médicament et son action sur l'utérus. Il résulte des nombreuses observations qu'il a recueillies, que,

dans quelques cas, l'action du seigle ergoté se développe 7 minutes après l'ingestion, pendant que, dans d'autres, il faut un temps un peu plus long ; mais, en général, l'ergot agit au bout de 10 à 15 minutes. Toutes les fois qu'il s'écoule plus de 25 minutes entre l'ingestion et l'action de l'ergot sur l'utérus, ou bien l'enfant est mort, ou bien il est nécessaire de pratiquer artificiellement la délivrance. En général, l'action franche du seigle ergoté est marquée par de fortes douleurs expulsives qui augmentent graduellement en fréquence, et qui se fondent les unes dans les autres sans intervalles distincts. Dans quelques cas, ce médicament, au lieu de produire des douleurs expulsives, détermine un état de contraction tonique de l'utérus qui peut nuire à l'accomplissement de l'accouchement.

La seconde question que l'auteur s'est proposé de résoudre est celle de savoir si le seigle ergoté agit sur la circulation de la mère, et, dans le cas où cette action existe, à quelle époque elle survient. Dans 19 cas, l'auteur a vu l'administration du seigle ergoté suivie d'une diminution marquée dans la fréquence du pouls ; cette modification commençait à se faire sentir un quart d'heure ou une demi-heure après l'ingestion. Dans tous ces cas, la chute du pouls de la mère était accompagnée d'un changement semblable dans le pouls du fœtus. Chez plusieurs femmes, cette diminution de fréquence du pouls a persisté plusieurs jours après l'accouchement, même malgré la présence de l'inflammation de l'utérus.

Les effets de l'ergot de seigle sur le cœur du fœtus font l'objet de la troisième question. Dans la grande majorité des cas, l'administration de cet agent thérapeutique est suivie d'une diminution très-notable dans la fréquence des battements du cœur. Un quart d'heure ou une demi-heure après, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, le nombre des battements diminue ; puis, au bout d'un certain temps, ces battements deviennent irréguliers, et les bruits, d'abord intermittents, finissent par être à peine appréciables.

L'auteur a remarqué que, toutes les fois que le nombre des battements du cœur tombe au-dessous de 110, et qu'il y a en même temps de l'intermittence, les enfants courent le plus grand danger, alors même qu'on pratique la délivrance avec la plus grande rapidité. Cependant les battements du cœur peuvent tomber au-dessous de 100 sans qu'il y ait péril pour le fœtus, *s'il n'y a pas d'intermittence*. On comprend toute l'importance de ces faits au point de vue de la conservation du fœtus et du temps qui doit s'écouler entre l'administration infructueuse de l'ergot

et l'emploi des moyens artificiels. C'est à une action délétère spéciale du seigle ergoté, et non à l'intensité des contractions utérines, que l'auteur rapporte le trouble de la circulation du fœtus ; et, sur ce point, son opinion trouve encore un appui dans les effets de cet agent médicamenteux sur la circulation de la mère.

Dans un quatrième article, le docteur Hardy a traité de l'influence de l'ergot sur l'état de l'utérus après l'accouchement et sur l'écoulement lochial. Il résulte de ses observations que l'utérus conserve souvent un volume plus considérable que celui qu'il possède ordinairement après l'accouchement naturel ; dans quelques cas, l'écoulement lochial est peu abondant et assez pâle. Quoi qu'il en soit, à quelques exceptions près, les femmes se rétablissent facilement ; et parmi celles qui font le sujet de l'observation de l'auteur, toutes, même celles qui ont présenté une inflammation de l'utérus, ont guéri, à l'exception de deux, qui sont mortes, l'une de phlébite utérine, l'autre de métro-péritonite. Tous les enfants qui sont venus vivants ont survécu, à l'exception d'un seul qui avait été amené avec le forceps.

Le mode d'administration du seigle ergoté peut beaucoup varier : à l'hôpital de Dublin, on donne une infusion d'une demi-drachme de poudre dans 3 onces d'eau bouillante, à laquelle on ajoute, après l'avoir passée à travers un linge, 10 ou 15 grains de poudre fraîche avec un peu de sucre. Vingt minutes après, on renouvelle la dose. Mais si l'utérus ne se contracte pas, on peut en administrer une troisième fois.

Il survient rarement des vomissements, et parfois même, lorsque l'estomac est fort irritable, le seigle ergoté suspend sa contractilité. L'auteur ajoute enfin que, dans les cas d'accouchement laborieux, il n'a recours à l'emploi de ce médicament qu'après avoir essayé les excitants normaux du système utérin, tels que les injections stimulantes, le changement de position, etc.

Ce mémoire est suivi de tableaux synoptiques comprenant 48 cas dans lesquels on a eu recours à l'administration du seigle ergoté. Ces 48 accouchements ont donné 14 enfants vivants et 34 morts.

Sur les 14 venus vivants, 7 ont été expulsés par les efforts seuls de l'utérus, 7 par l'application du forceps ou du levier. Sur les 34 qui sont morts, 15 ont été expulsés par l'utérus seul, 6 à l'aide du forceps et du levier, 13 à l'aide du crochet.

Sur les 48 femmes, 2 seulement ont succombé. Et dans 45 cas où l'auteur a noté l'état du pouls de la mère, il a observé 19 fois une diminution dans le nombre des pulsations, 15 fois un effet

nul, et 11 fois une augmentation de nombre. Dans 3 de ces cas, la dépression du pouls a persisté plusieurs jours après l'accouchement. Dans 38 cas où il a examiné la circulation fœtale, il a observé 30 fois la diminution du nombre des battements du cœur, 3 fois une augmentation, et 5 fois un effet nul.

---

28. *Des excoriations du mamelon chez les femmes primipares. Nouvelle méthode prophylactique ;* par M. Fioravante Rossi.

(Annali univ. di Medicina.)

On le sait déjà, les femmes qui accouchent pour la première fois sont, plus que dans les accouchements subséquents, sujettes à des excoriations du mamelon et à des mastites (phlogoses de la glande mammaire). D'ordinaire, elles éprouvent, quelques jours après avoir donné leur sein à l'enfant, un sentiment de chaleur dans le mamelon, qui rend incommode d'abord, puis douloureux l'allaitement. La cause de ce phénomène est dans la présence de quelques papules entourées d'une auréole inflammatoire au centre de laquelle se forme bientôt une petite vessie pleine de sérum. L'œil nu suffit pour découvrir ces petites vessies lorsqu'elles sont volumineuses ; dans le cas contraire, elles ne sont visibles qu'à la loupe. La durée de ces petites vessies est très-courte ; elles laissent après leur rupture de petites ulcérations très-sensibles. Plus le nombre de ces petites vessies est grand, plus nombreuses sont les ulcérations et les rhagades. Le mal est aggravé par la succion de l'enfant ; l'excoriation augmente et elle comprend quelquefois tout le mamelon. Alors la mère, se représentant à chaque succion les tourments affreux qu'elle va éprouver, se désespère, pleure, et elle abhorre le moment où elle doit donner à teter à son enfant.

La torture est plus grande encore chez la femme dont l'enfant, pour teter, est obligé d'exercer de fortes pressions et des tiraillements sur le mamelon. Dans ces occurrences, j'ai vu chez plusieurs femmes le sommet du mamelon se détacher et tomber ; ce qui a rendu la succion plus difficile encore, ou même impossible. La même chose a lieu pour les mamelons dont la base est entourée de rhagades profondes, à des distances variables de l'auréole mammaire. Dans l'un comme dans l'autre cas, la cessation forcée de l'allaitement et la mastite sont presque inévitables.

Frappé des conséquences fâcheuses d'une maladie qui privait souvent la mère de l'avantage d'allaiter son enfant, et enlevait en même temps à l'enfant les bienfaits d'une lactation abondante et salutaire, laquelle n'était remplacée que par une nourriture

grossière ou par un lait étranger peu convenable à la santé de l'enfant, j'ai trouvé digne d'un examen approfondi un sujet si frivole en apparence. J'ai dû me demander d'abord quelles étaient les véritables causes de la maladie. J'ai donc commencé par rechercher avant tout quelle était la proportion relative des femmes primipares, des bipares (deuxième accouchement) et des tripares (troisième accouchement) qui étaient sujettes à cette affection. Je n'ai pu résoudre cette question que d'après les seules données étroites que m'offrait ma pratique, aucun travail n'existant encore à ma connaissance sur ce sujet. Je dois dire que je n'ai pas compris dans ce calcul les cas légers de chaleur passagère aux mamelons, laquelle se dissipe promptement. — Sur 37 primipares que j'ai assistées pendant les années 1829, 1830, 1831, 1832 et une partie de 1833, et qui ont donné leur sein à l'enfant, 22 ont présenté des excoriations au mamelon pendant le premier mois de l'accouchement ; 2 pendant le second mois ; 1 pendant le quatrième ; 1 le sixième. Dix des 22 ont été affectées de mastite, dont 3 des deux côtés et de la totalité de la mamelle, 7 d'un seul côté. Chez ces dernières, deux seulement ont eu toute la glande mammaire prise ; les cinq autres n'ont présenté qu'une mastite partielle. Deux autres ont eu de simples engorgements à une seule mamelle, et que de simples topiques émollients ont dissipé sans interruption de l'allaitement ; tandis que, dans les dix susnommées, l'allaitement a du être interrompu ou supprimé tout à fait, au préjudice de l'enfant et de la mère.

Les bipares ont été pour la même époque au nombre de 29, dont 4 ont présenté des ulcérations ou rhagades au premier mois de l'accouchement ; 1 au second mois ; 1 au cinquième mois. Une seule a été attaquée de mastite d'un côté : le mal a suppuré ; mais l'autre mamelle a suffi pour la lactation. Chez une autre, il s'est formé des gonflements, des nœuds lactés aux deux mamelles ; mais le mal s'est terminé promptement par résolution, et la femme a pu continuer d'allaiter son enfant. Il est bon de noter que tant la mastite que les nœuds lactés se sont déclarés chez les femmes qui avaient déjà eu la même maladie après l'accouchement précédent. Je dois ajouter qu'après la mastite le sein a laissé écouler du pus mêlé à du lait, tant qu'on n'a pas cessé l'allaitement. — Les tripares, enfin, ont été au nombre de 21 ; aucune n'a offert de mastite : chez une seule, il est survenu pendant le second mois, et chez une autre pendant le cinquième, de petites rhagades ; et j'ai découvert que leur enfant avait des aphthes à la bouche, et il a été constaté que c'est bien chez l'enfant que le mal s'est déclaré d'abord.

On sait que les affections des muqueuses se transmettent aisément aux tissus analogues, soit par contact immédiat, soit autrement. Je me suis assuré consécutivement par des observations attentives, incontestables, que *constamment*, quand les enfants avaient des aphthes à langue ou ailleurs dans la bouche, la mère avait des rhagades et le mal avait toujours précédé chez l'enfant. Je possède sur ce sujet 17 observations bien détaillées et positives; elles se rapportent à des femmes primipares et à des enfants âgés de 6, 8, 10, 20 jours, rarement plus âgés. Chez tous j'ai vu le sommet de la langue rougir, quelquefois aussi les bords de cet organe, lequel offrait deux gouttières dans son milieu, formées par deux traits longitudinaux, blanchâtres ou jaunes; ou bien toute la langue était couverte de mucosités. Quelquefois la rougeur s'étendait à une moitié de la langue, et en l'explorant attentivement, j'y ai découvert de petites papules, et plus tard de petites ulcérations minces, ovales ou fines comme des brins de soie de porc. Dans d'autres cas, la langue était toute piquetée de points blancs, comme de lait caillé, sous lesquels il existait autant de petites ulcérations. En même temps, ou peu de temps après, la mère ne tardait pas à se plaindre d'un sentiment de chaleur au mamelon, lequel rougissait à son tour, puis s'excoriait, se fendait. Par la suite, j'ai trouvé la confirmation de ces faits si constante, que j'ai cessé d'en prendre note, et le problème de l'étiologie de l'affection s'est trouvé résolu pour moi. Dès cette époque, je me suis assuré que des ulcérations se déclaraient souvent de très-bonne heure dans la bouche du nouveau-né; circonstance que j'ai trouvée ensuite mentionnée par plusieurs auteurs.

Presque tous les auteurs ont admis, comme cause des ulcérations et des rhagades du mamelon, l'action mécanique de la bouche de l'enfant, la pression, le tiraillement, l'humidité de la partie. J'ai porté beaucoup d'attention dans l'étude de ces causes, surtout dans les cas de grands tiraillements du mamelon, par suite d'une lactation difficile, de la prise difficile du mamelon, et dans aucun cas je n'ai pu constater le moindre mal au mamelon par une pareille condition, tant que l'enfant avait la bouche saine. Toutes les fois cependant que la mère a appliqué à son sein un enfant atteint de rougeurs ou d'ulcérations à la langue, le mamelon devenait douloureux, s'excoriait, se fendillait. J'ai fait une autre expérience qui est venue mettre le cachet confirmatif à la thèse que je soutiens. J'ai ôté de leur mère des nourrissons atteints d'ulcérations à la bouche, je les ai fait appliquer pendant plusieurs jours au sein de femmes saines, qui avaient

autrefois été nourrices : au bout de quelques jours, la plupart d'entre elles éprouvaient les mêmes phénomènes que les mères ; seulement les lésions étaient un peu moins prononcées et moins durables. Une chose plus remarquable encore, c'est qu'en appliquant au sein de ces femmes la bouche d'autres enfants non malades, ceux-ci contractaient à leur tour l'affection. On se tromperait cependant si l'on croyait que chez les femmes qui font le sujet fondamental de ces recherches, le mal s'était primitivement développé dans leur mamelon, et communiqué ensuite à leurs nourrissons. Ce point a été parfaitement éclairci : *constamment* le mal a précédé chez l'enfant ; nous l'avons constaté chez lui alors que rien n'existait encore chez la mère.

Pourquoi cette maladie est-elle facile chez l'enfant aux premiers jours de sa naissance? La chose ne me paraît pas difficile à expliquer. On sait, en effet, que la fonction digestive ne commence chez lui qu'avec la première succion. Cette fonction s'accompagne alors aisément d'irritation gastro-entérique qui se transmet jusque dans la cavité buccale. L'impression, en effet, du méconium et du lait sur ces organes est insolite, plus ou moins irritante. Ces matières doivent être exubérantes ou altérées, les organes digestifs quelque peu paresseux ou par trop irritables ; de là des conditions de maladie. On prend souvent les cris de l'enfant, qui sont l'expression de la souffrance, pour l'expression d'un besoin d'aliments ; on le gorge de lait, ce qui doit entraîner des dérangements gastriques, des inflammations qui se communiquent, d'une part, jusqu'à l'œsophage et à la bouche, de l'autre, jusqu'à l'anus. Les praticiens s'accordent d'ailleurs à rattacher les aphthes chez les enfants à un désordre des voies digestives.

Il nous restait maintenant à trouver la cause de la mastite. Les auteurs accusent le refroidissement du sein, les contusions, la pression du corset, les coups portés par la tête de l'enfant, comme propres à congestionner le lait dans la mamelle, à la distendre, à l'enflammer, etc. Ces causes, bien que dignes d'attention, ne nous ont pas paru plus basées que celles qu'on avait invoquées contre les rhagades ; cependant elles peuvent nuire chez toutes les nouvelles accouchées ou les nourrices. Nous avons donc dû chercher ailleurs la cause de la mastite, et nous l'avons trouvée dans l'ulcération elle-même et les rhagades des mamelons ; nos observations ne nous ont pas laissé de doute à cet égard. Ce qui nous a mis dans la voie de cette découverte, c'est le fait accidentel suivant : Une femme se plaignait d'une inflammation au sein gauche en même temps qu'elle était torturée par une rhagade au mamelon. En l'explorant, je me suis assuré que la

tumeur existait du même côté de la fissure. J'ai dû par conséquent me demander si ces deux maladies ne dépendaient pas l'une de l'autre. En réfléchissant à la disposition anatomique de la mamelle, à celle des conduits galactophores, lesquels se rassemblent pour chaque compartiment en un canal commun qui se rend vers le mamelon, la pensée me vint que peut-être la rhagade aurait pu se propager dans l'intérieur d'un ou de plusieurs de ces conduits. Jusque-là, cependant, il ne s'agissait que d'une simple conjecture. J'ai dû, par conséquent, interroger directement les faits. On sait que dans l'état de plénitude laiteuse la mamelle laisse écouler le lait spontanément ou à l'aide d'une faible pression avec l'index et le médius sur le mamelon que nous supposons sain. Or, j'ai noté sur les femmes qui venaient d'être prises de rhagades au mamelon, que le lait ne sortait plus spontanément dès ce moment et qu'il fallait une forte pression pour le faire échapper. J'ai observé, en outre, que dans une période plus avancée la pression ne suffisait plus pour la sortie du lait et qu'il fallait une forte succion pour en venir à bout. J'ai remarqué, de plus, que dans les cas les plus graves, lorsque les rhagades étaient profondes, ou que l'excoriation était vaste, ni la pression ni la succion ne suffisaient plus. Dès lors il a été démontré pour moi que l'inflammation ulcéreuse du mamelon entraînait l'obstruction des conduits galactophores. Je ne saurais préciser à combien s'élèvent les observations que j'ai recueillies avec détails sur ce sujet; mais je puis affirmer qu'elles sont nombreuses et suffisantes pour former une conviction. Dans les commencements, j'expliquais le fait par l'irritation ou par la contraction morbide du mamelon, laquelle aurait obstrué les conduits qui le percent. Par la suite, cependant, j'ai dû modifier cette opinion qui n'était vraie que jusqu'à un certain point. J'ai dû admettre la propagation de l'inflammation du mamelon dans la muqueuse des conduits galactophores. La sensibilité que cette partie acquiert, alors que naturellement elle n'est pas douloureuse à la succion, l'impossibilité de tirer du lait malgré une succion énergique, ont dû me conduire à cette conséquence forcée! Cette opinion est également soutenue par Samuel Cooper dans sa pathologie chirurgicale. Quelques femmes m'ont assuré, mais je ne l'ai pas observé moi-même, que leur mamelon avait quelquefois laissé échapper du sang au lieu de lait.

Ces faits étant posés comme le résultat de l'observation, rien n'est plus facile, il me semble, que d'expliquer la pathogénésie de la mastite. En effet, le lait accumulé dans la mamelle en proportion croissante irrite nécessairement la glande et l'enflamme.

Cela, cependant, n'a pas toujours lieu à la suite de la rétention du lait, et, sous ce rapport, la glande mammaire ressemble encore à d'autres organes qui ne s'enflamment pas toujours et inévitablement par suite d'une rétention de leur sécrétion. Je dirai même que, dans mon opinion, cette cause n'est pas la plus fréquente parmi toutes celles qui peuvent produire la mastite. Le lait n'est pas pour la mamelle une sécrétion constante, nécessaire; elle s'établit seulement pendant l'état puerpéral, et elle cesse après la lactation, dont l'époque est fixée par la volonté de la mère sans inconvénient. Souvent même cette sécrétion est arrêtée impunément par la mort de l'enfant, par une nouvelle grossesse, par maladie ou par un accident quelconque. D'autre part, que d'engorgements laiteux n'éprouvent-elles pas, avec tension douloureuse, ces nourrices qui se refusent à donner leur sein à leur enfant? Elles résistent intrépidement à la menaçante phlogose, et puis leurs seins se dégorgent et reviennent à l'état naturel. Il faut donc admettre l'intervention d'une autre cause que je n'ai pas tardé à découvrir. — Nous venons de voir, par des faits incontestables, que la rétention du lait dépend du gonflement phlogistique de la muqueuse des conduits du mamelon. J'ai soupçonné la propagation de cette phlogose aux autres canaux internes dans le conduit correspondant au canal principal malade, ou bien à tous les autres conduits constituant la glande entière. Pour m'éclairer sur ce point, j'ai suivi attentivement la marche de la maladie, depuis son début jusqu'à ses terminaisons, dans les désordres graves qu'elle produisait dans le mamelon, et j'ai vu qu'avant la formation de l'engorgement lacté la mamelle est toujours sensible au sommet. C'est que là commence justement l'induration phlogistique, puis elle se communique au corps de la glande, et c'est près du mamelon que se prépare le plus souvent la suppuration. Indépendamment de ces données, qui m'ont paru rendre suffisamment compte de la diffusion de la phlogose, on peut également invoquer la continuité des tissus analogues. Tels sont les faits qui m'ont servi à éclaircir l'étiologie et la pathogénésie des excoriations du mamelon et de la mastite chez la femme primipare.

Passons aux conséquences thérapeutiques. Je ne m'arrêterai pas au traitement général, ce sujet se trouvant longuement exposé dans plusieurs ouvrages classiques. Je m'appesantirai plutôt sur le traitement préservatif. Ce traitement malheureusement profitera moins aux femmes de nos contrées, qui se laissent soigner par des sages-femmes ignorantes et n'ont recours aux conseils du médecin qu'après que le mal est déjà déclaré,

qu'à celles des villes, où les soins de la femme nouvellement accouchée sont généralement dirigés par le médecin. J'ai pu cependant, dans ma pratique privée, trouver assez d'occasions pour appliquer avec bonheur les principes que je vais exposer, et constamment les primipares que j'ai assistées ont été préservées de la maladie. Le nombre de ces femmes s'élève à 17. Plusieurs de mes confrères cependant, qui m'ont fait l'honneur d'adopter ces idées dans leur pratique, les ont appliquées sur un plus grand nombre de femmes, et toujours avec un heureux résultat. Voici en quoi ces principes consistent : Toute l'attention du médecin doit d'abord se concentrer sur l'enfant. Si le nouveau-né ne va pas le premier jour à la garderobe, ou même le second jour, on commence par le purger avec du sirop de chicorée et de rhubarbe, ou avec du sirop de manne, jusqu'à ce que les premières voies soient bien nettoyées du méconium. Jusqu'ici, rien de neuf, puisque les accoucheurs prescrivent tous cette pratique. On recommande à la mère d'observer attentivement la bouche de l'enfant, et aussitôt qu'elle en voit l'intérieur rouge sur quelque point, ou des taches blanches au palais, à la langue, etc., de la lui laver avec de l'eau d'orge ou de l'eau de son tiède, dans laquelle on aura dissous un peu de miel rosat, ou bien encore avec un peu de jus de citron ou de vinaigre. On doit surtout répéter cette opération chaque fois que l'enfant doit teter, afin que le mamelon ne soit pas imprégné de la salive de l'enfant ou des mucosités morbides que sa bouche pourrait sécréter. Cette mesure doit être continuée jusqu'à ce que les rougeurs ou les ulcérations de la bouche de l'enfant auront disparu. D'un autre côté, il importe que la mère donne le sein à son enfant aussitôt que possible après la secousse de la parturition, le *colostrum* étant, comme on sait, un excellent purgatif et un moyen préparatoire à la fonction digestive. Si les mamelles sont trop tendues, la femme doit faire usage d'illinitions d'huile d'amandes douces, ou de bonne huile d'olive, de beurre ou d'une autre graisse douce, fraîche et inodore. Elle aura soin toujours, après chaque succion de l'enfant, de laver son mamelon avec la même eau d'orge ou de son qui aura servi pour l'enfant. Cette précaution est de la plus haute importance, et il suffit de l'avoir oubliée une seule fois pour que le mal se déclare sur le mamelon. — Ce premier danger passé, il en est un second qui peut arriver plus tard, et contre lequel la femme doit se tenir en garde : nous voulons parler des aphthes et des ulcérations qui peuvent survenir consécutivement, et qui offrent les mêmes inconvénients et les mêmes phénomènes, excepté leur forme qui est plus grande et presque

toujours ronde ou ovale. On peut les soupçonner à la vue d'une augmentation dans la sécrétion de la salive, à la difficulté que le nourrisson paraît éprouver en tetant, par ses interruptions répétées et fréquentes de succion, et pendant lesquelles il abandonne le mamelon, à une sorte d'inquiétude insolite qu'il présente, et quelquefois aussi de la fièvre. On s'en assure en examinant sa langue, qui, en cas de maladie, est blanche ou jaune, présente des ulcères sur ses bords, s'étendant vers le palais, aux gencives, au pharynx, etc. Dans cette occurrence, la mère doit reprendre le traitement précédemment indiqué, et elle en sera préservée.

Après le second accouchement, l'infection est moins fréquente, ce qui doit être attribué aux modifications que le mamelon a déjà éprouvées, à la diminution de sa délicatesse et de sa sensibilité par le fait de l'habitude déjà contractée dans la première lactation. Néanmoins, l'accident a lieu pareillement, mais moins facilement. La chose est arrivée même sur une personne qui m'est chère, qui en avait été préservée au premier accouchement, et qui avait négligé les précautions au second. Il en a été de même chez d'autres. Il résulte de là un avertissement très-essentiel pour les nourrices : c'est de ne jamais donner leur sein à un premier enfant venu, avant de s'être bien assurées de l'état de sa bouche, et si celle-ci est malade, de la laver d'abord à plusieurs reprises, puis de laver leur mamelon après la succion, à l'aide d'eau tiède, ou tout au moins de salive.

---

29. *Cas de rétroversion singulière de l'utérus;* par le docteur De Billi, professeur à l'Ecole impériale et royale d'obstétricie de Milan.

(Il Filiatre Sebezio.)

Obs. — « Le 1er février 1844, fut apportée à la clinique obstétricale de cette ville une femme âgée de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une taille moyenne, qui se trouvait depuis la veille en travail d'accouchement.

« Sept ans auparavant, elle avait mis au jour, naturellement et au terme ordinaire, un fœtus vivant et bien développé : sauf un état habituel de constipation, la santé de cette femme avait toujours été florissante.

« Dans cette seconde grossesse, la constipation devint beaucoup plus grande dès les premiers jours, et vers le troisième mois environ de la gestation, la femme commença à éprouver

une sensation pénible, comme d'un corps volumineux dans la cavité du petit bassin.

« Au quatrième mois, des tiraillements forts et douloureux se firent sentir à la région des aines, à la partie interne des cuisses et aux lombes.

« Au cinquième mois, un tiraillement douloureux du vagin vint s'ajouter à cet état, la constipation devint encore plus grande, et l'émission des urines ne s'effectua plus que difficilement.

« Au sixième mois, tous les désordres que nous venons de décrire étaient plus considérables.

« Pendant le septième mois, cette femme fut, en outre, tourmentée par de très-vives douleurs dans l'intérieur du petit bassin et à la partie antérieure de l'abdomen, douleurs qui la contraignirent à garder le lit; les urines n'étaient expulsées qu'avec de grands efforts, et les évacuations alvines n'avaient lieu qu'avec d'incroyables difficultés, malgré l'usage répété des purgatifs et des lavements.

« Vers le milieu du huitième mois (le 28 janvier), il s'écoula du vagin une assez grande quantité d'eaux : celles-ci, blanchâtres dans le principe, prirent ensuite une teinte d'une vert foncé : il en résulta pour la femme un grand soulagement.

« Le 31 au soir, les douleurs qui annoncent l'accouchement s'étant manifestées, la femme fit appeler une sage-femme : celle-ci n'ayant pas pu, après des explorations répétées, trouver l'orifice de l'utérus, réclama l'avis d'un chirurgien. Ce chirurgien, ainsi que deux autres de ses confrères qui furent appelés plus tard, pensa qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. La femme fut apportée le jour suivant à l'hospice de la Maternité.

« Les renseignements que nous avons donnés jusqu'ici nous furent fournis par la femme et par l'accoucheuse qui l'assistait. Ayant examiné l'abdomen de la patiente, je sentis à travers ses parois un corps d'un volume pareil à celui que présente habituellement l'utérus au neuvième mois de la grossesse ; par l'exploration interne, je pus ensuite m'assurer que la conformation du bassin était normale, que son ouverture supérieure ainsi qu'une grande partie de son excavation étaient occupées par un corps de forme ronde, placé entre le rectum et le vagin, et recouvert par la paroi postérieure de ce dernier organe.

« Le canal vaginal était un peu comprimé entre cette tumeur et le pubis; le doigt, introduit dans le vagin, ne parvint pas à toucher l'orifice de l'utérus.

« Pour reconnaître où était cet orifice et où arrivait le fond du vagin, j'introduisis dans celui-ci une sonde de femme, laquelle

pénétra si haut, que, de l'extérieur, on sentait son extrémité à cinq travers de doigt au-dessus du pubis. Du vagin s'écoulait un liquide qui ressemblait aux eaux de l'amnios colorées par du méconium.

« Ayant introduit ensuite le doigt dans l'anus, je trouvai le rectum comprimé, par la tumeur décrite ci-dessus, contre la paroi postérieure du bassin, et je pus m'assurer aussi que cette tumeur n'était autre chose que la tête du fœtus, dont on reconnaissait distinctement une fontanelle et les sutures. Au moyen du sthétoscope, je ne pus pas entendre les battements du cœur du fœtus, dont la femme ne sentait plus depuis trois jours les mouvements actifs. Les douleurs de l'accouchement ne se faisaient sentir qu'à des intervalles éloignés.

« Je soupçonnai ce dont il s'agissait ; mais, pour en avoir la certitude, je fis coucher la femme sur le côté droit : j'introduisis la main gauche dans le vagin, et ayant franchi avec quelque difficulté le point où ce canal se trouvait comprimé, je portai les doigts jusqu'au lieu où parvenait la sonde, et là je trouvai l'orifice de l'utérus. Sa configuration était celle d'une fente de l'étendue d'un pouce d'un côté à l'autre et de quatre lignes environ d'avant en arrière. Je pus même avec le bout d'un doigt pénétrer dans son intérieur et toucher la partie par laquelle se présentait le fœtus, partie que sa mollesse et les autres signes déjà décrits me firent reconnaître pour les fesses.

« D'après toutes ces observations, il ne me resta plus de doute ; le fœtus était dans l'utérus. Cet organe, avec une partie de son fond, se trouvait en bas, dans la concavité du sacrum, tandis que son orifice était en haut, à peu de distance de l'ombilic de la femme.

« Pour que l'accouchement pût s'effectuer, il était donc nécessaire de reporter le fond de l'utérus en haut et son col en bas : à cet effet, je fis placer la femme sur le lit presque transversalement et couchée sur le flanc. Je posai une main sur le ventre, à l'endroit qui correspondait à l'orifice de l'utérus, et j'introduisis l'autre dans le vagin. Avec le poing serré de cette dernière, je poussai graduellement sur la partie de l'utérus qui occupait le petit bassin, agissant d'arrière en avant et de bas en haut : par ce moyen, je réussis, non sans difficulté, à la faire passer au-dessus de l'ouverture supérieure du bassin. Alors, avec la main placée sur les parois abdominales, comprimant l'autre extrémité de l'ovale formé par l'utérus, je fis exécuter à celui-ci un mouvement de demi-cercle par lequel son fond, parcou-

rant la partie interne postérieure de l'abdomen, vint se porter en haut, tandis que l'orifice gagnait le bas.

« Cette manœuvre fut d'une courte durée. La femme assura qu'elle avait très-peu souffert pendant que je la pratiquais.

« En introduisant le doigt dans le vagin, on put alors reconnaître que l'orifice de l'utérus avait la forme ci-dessns décrite : au fond de cet organe, touché à travers les parois abdominales, on remarquait à gauche un sillon profond, dû à la pression qu'il avait soufferte dans le détroit supérieur du bassin. J'exécutai cette opération au commencement de la nuit; et dans le cours de celle-ci, la femme eut des douleurs d'accouchement séparées les unes des autres par de longs intervalles de calme.

« A 7 heures du matin, l'orifice de l'utérus avait une forme presque circulaire ; il se trouvait au centre du bassin : il en sortait des eaux noirâtres et fétides, et l'on pouvait toucher distinctement les fesses du fœtus.

« La femme se plaignait de douleurs dans tout le ventre ; l'utérus était douloureux au contact, le pouls fébrile. Une saignée du bras dissipa tous ces symptômes, et, à 11 heures du matin, l'accouchement s'effectua naturellement dans la première position par les fesses. Le fœtus était mort; il pesait 8 livres 1/2. Sa longueur était de 18 pouces 1/2.

« Le placenta fut expulsé quelques minutes après la sortie du fœtus.

« L'utérus, contracté, se présentait assez volumineux, de forme ovale ; au côté gauche de son fond, on remarquait une tuméfaction ; les extrémités de l'ovale correspondaient aux côtés du bassin.

« Tout se passa régulièrement pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'accouchement ; mais, au sixième, la sécrétion du lait diminua, ainsi que l'écoulement des lochies ; l'utérus devint douloureux et la fièvre se déclara : une application de sangsues aux grandes lèvres suffit pour dissiper ces phénomènes morbides. Grâce à elle, l'accouchée put, douze jours après sa délivrance, sortir de la clinique dans un état de santé parfaite.

« Il me semble que ce cas grave et extraordinaire d'obstétricie est dû aux causes que je vais indiquer.

« On sait que, dans les premiers mois de la grossesse, l'utérus descend un peu au-dessous de sa position naturelle et incline son fond vers le sacrum, de sorte qu'on pourrait le considérer alors comme se trouvant dans un état de légère rétroversion.

« A cause de la grande constipation à laquelle cette femme était sujette, le poids des matières fécales pressait sur le fond de

l'utérus dont le développement s'effectuait par suite de la grossesse ; les efforts auxquels la femme était contrainte de se livrer de temps à autre pour expulser ces matières, augmentèrent la déviation de l'utérus indiquée ci-dessus, en obligeant son fond à se porter toujours de plus en plus en bas.

« La fibre molle, faible et relâchée de la femme, permit l'allongement du vagin et des ligaments de l'utérus, et c'est par suite de cet allongement que le col de l'utérus put se porter graduellement en haut et arriver ainsi jusqu'à dépasser le détroit supérieur du bassin. Alors ce viscère ne se trouvant pas avec son axe longitudinal entre le pubis et le sacrum, son emprisonnement dans le petit bassin n'eut pas lieu, ainsi que cela arrive quelquefois, et il se distendit librement dans la cavité abdominale.

« Le développement de l'utérus dans cette direction anormale amena cette série de phénomènes morbides que j'ai indiqués plus haut ; et au milieu du huitième mois de la grossesse, les ligaments et le vagin ne se prêtant plus à une distension ultérieure, l'utérus ne put pas, conséquemment, se distendre davantage, et c'est alors qu'eurent lieu la rupture des membranes et le travail de l'accouchement. C'est probablement ainsi que les choses durent se passer. »

---

30. *Observation d'accouchement artificiel prématuré pratiqué avec succès* ; par le docteur Seulen.

(Neue Zeitschrift für Geburtskunde.)

Sans reproduire les raisons nombreuses et convaincantes que le docteur Seulen a opposées à des objections aujourd'hui surannées, nous nous bornerons à faire connaître les faits qu'il a publiés. Depuis l'année 1834 jusqu'à l'année 1841, il a eu l'occasion de pratiquer cette opération treize fois chez sept femmes, et toujours avec succès pour la mère. Sept enfants seulement vinrent vivants ; quant aux autres, les uns n'étaient pas viables, les autres succombèrent pendant le travail. Chez trois femmes, le bassin était déformé par le rachitisme ; chez les quatre autres, par l'ostéomalacie. Voici en peu de mots ces observations.

Obs. I. — Femme de 30 ans, chez laquelle on n'avait pu appliquer le forceps à son premier accouchement, et qui avait été délivrée par l'embryotomie ; elle était rachitique, et le plus gaand diamètre du détroit supérieur ne dépassait pas 2 pouces $^3/_4$; elle était parvenue à la trente-huitième semaine de sa seconde grossesse (2 juin 1834), lorsque l'auteur provoqua l'accouchement par la ponction des membranes : le travail com-

mença au bout de vingt-quatre heures ; mais malgré l'énergie des douleurs, force fut de pratiquer la perforation du crâne afin de pouvoir extraire la tête du fœtus. Le rétablissement fut rapide. La malade devint de nouveau enceinte le 25 septembre 1835, et au mois de mai suivant elle vint réclamer les secours du docteur Seulen. Trois jours après, on fit l'extraction d'un fœtus qui se présentait par les pieds, et qui succomba par suite des tractions qu'on fut obligé de faire pour dégager la tête. Parvenue à la trente et unième semaine de sa quatrième grossesse (août 1837), elle fut encore soumise à la même opération. Le fœtus présentait les fesses, et mourut un quart d'heure après la délivrance. Nouvelle grossesse dans le cours de l'année 1838, et nouvelle opération au mois de mars 1839 : l'enfant ne survécut qu'une heure. Sa sixième grossesse fut plus heureuse, et grâce au même moyen, elle accoucha, pendant le cours de 1840, d'une fille bien constituée qui vécut et qu'elle nourrit.

Obs. II. — Femme de 32 ans ; trois grossesses : la première, dans laquelle il fallut recourir à l'application du forceps, et les deux autres dans lesquelles il fallut pratiquer la crâniotomie. Le diamètre antéro-postérieur était réduit à 2 pouces $^3/_4$. Au mois de novembre 1835, elle était parvenue à la trente et unième semaine de la grossesse, lorsque l'auteur ponctionna les membranes de l'œuf, et elle mit au monde, quelques heures après, un enfant mort.

Obs. III. — Femme de 27 ans, qui avait déjà été délivrée deux fois par l'embryotomie. Le diamètre antéro-postérieur du bassin était de 2 pouces $^3/_4$. Perforation des membranes à la trentième semaine. Deux jours après, la femme met au monde une petite fille robuste et bien portante.

Obs. IV. — Femme de 24 ans, petite et rachitique, chez laquelle le bassin était déformé et le diamètre antéro-postérieur de 3 pouces. Accouchée au mois d'août 1837, il fallut recourir à la perforation du crâne. A la trente-deuxième semaine de la seconde grossesse, en 1839, l'auteur détermina le travail artificiellement : le fœtus mourut quelques instants après la naissance. A sa quatrième grossesse, en 1840, il fallut recourir à l'embryotomie. Enfin, en 1841, l'auteur ponctionna les membranes lorsque la cinquième grossesse était parvenue à la trentième semaine : au bout trois jours, cette femme accoucha d'un enfant mort.

Obs. V. — Femme de 42 ans, qui avait déjà accouché heureusement cinq fois ; elle éprouva une telle déformation à la suite d'un rhumatisme goutteux, que le diamètre antéro-postérieur

avait à peine 2 pouces de longueur. Elle devint enceinte deux fois depuis cette époque : dans les deux cas, l'accouchement artificiel prématuré fut pratiqué au septième mois ; mais les deux enfants vinrent morts.

Obs. VI. — Femme de 38 ans, qui avait déjà eu huit accouchements heureux, et chez laquelle l'ostéomalacie avait réduit le diamètre antéro-postérieur du bassin à 2 pouces $^3/_4$. Accouchement artificiel prématuré en 1841, à la suite duquel elle accoucha d'un enfant vivant qui mourut six jours après.

Obs. VII. — Femme de 40 ans; quatre accouchements naturels ; déformation du bassin par ostéomalacie ; diamètre antéro-postérieur, 2 pouces $^1/_2$. Ponction des membranes au septième mois de la cinquième grossesse. Le fœtus mourut trois quarts d'heure après.

---

31. *Résection de l'extrémité supérieure du fémur dans un cas de coxalgie*; par W. Fergusson, professeur de chirurgie au King's College, à Londres.

(London medical Gazette.)

Obs. — « John Clark, âgé de 14 ans, souffrait depuis quinze mois d'une maladie de la hanche, et, en février 1845, se trouvait au dernier degré d'épuisement. La tête du fémur était luxée sur le dos de l'ilium, et l'on pouvait la sentir en introduisant le doigt dans un large ulcère fistuleux, conséquence de la maladie. Le membre était raccourci d'environ quatre à cinq pouces et fort déformé par la flexion au genou et à l'aine. Il n'y avait aucun signe de maladie des os du bassin, et la tête du fémur paraissait seule affectée.

« Le 1er mars 1845, Fergusson fit une incision longitudinale à la hanche sur la tête et le col de l'os, scia la diaphyse au-dessous des deux trochanters, et enleva toute la partie située au-dessus de cette section. Le patient supporta bien l'opération : les mauvais symptômes qui existaient auparavant ne tardèrent pas à disparaître, et en deux mois la plaie était presque cicatrisée, et le malade se promenait sur des béquilles dans les salles de l'hôpital. »

Le mémoire se termine par un court historique de cette opération ; il paraît qu'elle fut proposée en 1770 par Charles White (de Manchester) et pratiquée pour la première fois par Anthony White, à l'hôpital de Westminster, en 1818. La tentative de Fergusson serait la deuxième en Angleterre qui aurait été suivie de succès.

Nous avons, sur ces données, fait quelques recherches dont nous donnerons ici le résultat.

C'est dans ses *Cases in Surgery*, à l'occasion de la résection de la tête humérale par lui pratiquée sur le vivant, et après avoir rapporté ses essais sur le cadavre, que White ajoute :

« J'ai fait pareillement sur le cadavre une incision au côté externe de l'articulation de la hanche, prolongée en bas jusqu'au-dessous du grand trochanter ; après quoi, divisant en travers le ligament capsulaire, et portant le genou en dedans, la tête du fémur était poussée hors de sa cavité et sciée avec facilité ; et je ne doute pas que cette opération ne puisse être pratiquée sur le vivant avec grande chance de succès. L'Académie royale de chirurgie de Paris a proposé pour sujet de prix si la désarticulation coxo-fémorale peut jamais être tentée ; mais si j'étais dans la nécessité de faire cette opération, ou celle que je viens de décrire, mon choix ne serait pas un moment douteux. »

Voilà tout ce que dit Ch. White. Quant à l'opération pratiquée par son homonyme, Anthony White, voici tout ce que j'en ai trouvé dans le *London medical Gazette*, en 1832.

« Il peut être intéressant de savoir que cette opération a été faite avec succès par M. White, à l'hôpital de Westminster, dans un cas très-grave de maladie de l'articulation de la hanche, qui aurait probablement emporté le malade. Celui-ci était un jeune homme de 14 ans. Le chirurgien enleva quatre pouces environ du fémur ; il se forma entre la portion d'os conservée et le bassin une articulation fort utile, et le membre ne paraissait pas beaucoup plus raccourci que l'autre, comme on pouvait le craindre d'après l'étendue de la portion d'os enlevée. Du reste, la santé générale s'améliora après l'opération, et le jeune homme vécut encore huit ans, se servant très-bien de son membre. Il succomba à la phthisie. Tout le bassin, avec la nouvelle articulation et la partie supérieure de la cuisse, furent séparés et déposés au Muséum du collége des chirurgiens. »

---

32. *Sur un cas de luxation de l'avant-bras produite par une cause peu commune* ; par le docteur Weber, à Hanovre.

(Archiv für physiologische Heilkunde.)

Le docteur W. Roser, qui dirige avec talent les *Archiv für physiologische Heilkunde*, a publié il y a quelque temps dans ce journal des expériences sur le mécanisme des luxations de l'avant-bras, qui, entre autres résultats, l'avaient amené à cette conclusion assez inattendue, que la luxation de l'avant-bras en

arrière a lieu par la combinaison de deux mouvements : l'extension forcée d'abord, et, immédiatement après, la flexion du membre. M. Roser se demandait si c'est bien aussi ce mécanisme qui se présente sur le vivant. Les auteurs sont fort en désaccord sur ce point : pour les uns, c'est une extension portée au delà de ses limites qui produit la luxation ; pour les autres, c'est une flexion excessive ; d'autres encore déclarent anatomiquement impossible l'un ou l'autre de ces modes de déplacement.

M. Weber vient de communiquer au même journal une observation qui lui paraît propre à juger la question soulevée par M. Roser.

« Ce fait, dit il, eut lieu sous nos yeux à l'époque ou nous finissions notre cours médical à Goëttingue, en 1834. Beaucoup d'étudiants avaient alors la mauvaise coutume de constater mutuellement la force de leurs bras par cette épreuve : Celui qui voulait montrer sa force tenait son bras étendu loin du corps et le livrait à un autre qui essayait de le fléchir. L'essai tourna à une fin très-malheureuse pour un élève pharmacien, et il doit encore y penser aujourd'hui avec effroi. Ce jeune homme, d'une belle taille, se laissa persuader de mesurer aussi la vigueur de son bras. Un de ses amis, après avoir cherché en vain à fléchir le membre par une pression et l'emploi graduel de ses forces sur l'avant-bras, commit l'imprudence de donner un coup de poing sur le pli du coude, et de fléchir ainsi rapidement le bras. Le coup était à peine donné, que le pharmacien poussa un cri et laissa tomber son bras.

« On fit venir le docteur H. ; les tentatives de réduction furent inutiles. Cependant l'articulation devint le siége d'une tuméfaction énorme : on appliqua des sangsues, des compresses trempées dans l'eau froide ; on fit et on répéta des tentatives de réduction ; elles furent encore infructueuses. Quinze jours ou trois semaines après, le malade s'adressa à M. Langenbeck ; la réduction devait être tentée à la clinique. On plaça le malade dans un appareil en bois construit avec de fortes poutres ; on employa l'extension et la contre-extension à un si haut degré, que les cheveux se dressèrent sur les têtes d'un grand nombre d'assistants, et qu'ils eurent une singulière peur, comme la plupart d'entre eux peuvent en rendre témoignage. Pendant la manœuvre des poulies, un aide tira en dehors sur une serviette roulée autour de la partie supérieure de l'avant-bras, afin de pousser le crochet de l'apophyse coronoïde hors de la fosse de l'olécrâne. Le déplacement que présentait le bras avant la manœuvre ne diminua que peu, malgré l'énorme extension ; au moins cette diminution n'était-elle pas en rapport avec la dépense de forces. Enfin, notre

honorable confrère crut avoir atteint le but, et arrêta la traction des poulies pour tenter de réduire. Ce fut en vain, et le malade, si nous ne nous trompons, porte encore, comme souvenir de son imprudence, un bras luxé.

« Le conseil de M. Roser, qui est assurément excellent, de porter le membre dans l'extension forcée et de fléchir ensuite le bras, de manière à chasser l'olécrâne un peu en avant et à faire tomber l'axe de l'avant-bras perpendiculairement sur la poulie articulaire, ce conseil était alors aussi peu connu que celui d'un chirurgien plein d'expérience, Liston, d'élever l'avant-bras, de l'étendre aussi loin que possible, et de diriger la force extensive en arrière.

« Le cas rapporté démontre jusqu'à l'évidence que le résultat fourni par l'expérimentation physiologique de M. Roser sur le cadavre est tout à fait d'accord avec ce qui se passe sur le vivant ; qu'en effet, une extension forcée et, immédiatement après, la flexion, sont à la fois nécessaires pour amener une luxation du coude. »

Nous ajouterons quelques réflexions sur ce fait. Nous craignons qu'il n'y ait eu quelque cause d'erreur dans les expériences de M. Roser, et nous ne croyons pas que, ni sur le vivant, ni sur le cadavre, jamais une luxation du coude en arrière ait été produite par l'extension suivie de la flexion : ou l'extension seule suffit pour opérer le déplacement, ou la flexion qui vient après sera également impuissante. C'est une question sur laquelle nous nous proposons de revenir, et qui est jugée pour nous tout à la fois par l'expérimentation et par l'observation clinique.

Que dirons-nous des essais infructueux de M. Langenbeck, après trois semaines au plus de durée de la luxation ? Grâce au ciel, nous possédons des procédés et des moyens de traction qui nous permettent d'arriver à de meilleurs résultats : en fait de luxations incomplètes en arrière, nous en avons réduit une qui datait de trois mois vingt et un jours ; en fait de luxations complètes, nous avons obtenu, il y a quelques mois, avec M. Lisfranc, une réduction magnifique au trente-septième jour, en portant la force de traction à 190 kilogrammes, ce qui est, à notre connaissance, le plus puissant effort qui ait été tenté sur l'homme vivant. Hâtons-nous d'ajouter qu'il n'y eut pas d'accident et que le malade a recouvré l'entier usage de son membre. Ce fait sera publié plus tard avec tous ses détails.

---

33. *Luxation du fémur en arrière sur l'échancrure sciatique, chez un enfant de 8 ans.*

(The Dublin hospital Gazette.)

Les luxations du fémur chez les enfants sont excessivement rares; et cette rareté suffirait déjà pour donner quelque intérêt au cas que nous allons rapporter. Mais en outre les symptômes assez bien décrits permettront aux praticiens qui en rencontreraient de semblables, de juger à quelle sorte de lésion ils auront affaire : ce sont ceux de la luxation *en arrière* d'Hippocrate, fort différents de ceux d'A. Cooper.

Obs. — « Le 12 juin 1845, au matin, on apporta à l'hôpital de Richmond un bel enfant âgé de 8 ans, qui, la veille au soir, en se balançant sur une escarpolette, avait heurté fortement en arrière contre le tronc d'un arbre et avait été jeté en bas de la sellette. La région qui avait touché contre l'arbre était la fesse droite ; et le choc avait été si violent que l'enfant en avait été lancé en avant contre le sol, un peu tourné seulement sur le côté droit. A son entrée, la fesse droite était tuméfiée et tendue, la cuisse correspondante fortement fléchie et dans l'adduction ; l'enfant étant couché dans son lit, le genou du côté affecté correspondait à l'espace poplité du membre sain ; *le pied était très-légèrement, si même il l'était, tourné en dedans.* La cuisse pouvait être fléchie assez pour arriver en contact avec la face antérieure de l'abdomen ; mais on ne pouvait absolument l'étendre au delà du point où le fémur faisait un angle droit avec l'axe du corps. On pouvait également lui faire croiser le membre sain ; mais le mouvement opposé ou d'abduction était entièrement impossible. Tandis que ces mouvements étaient imprimés au fémur, la main appuyée fortement sur le grand trochanter ne percevait aucune sorte de crépitation ; et lorsque l'on communiquait à la cuisse des mouvements de flexion ou d'*adduction* (1), le bassin et la colonne épinière demeuraient immobiles. Le grand trochanter pouvait être parfaitement senti, et s'il était plus rapproché de l'épine iliaque que celui du côté sain, le degré de rapprochement n'était pas appréciable.

« Frappé de l'idée d'une luxation, M. Adams chercha à découvrir la tête du fémur au-dessus et en arrière du grand trochanter, et là, en effet, dans la position de l'échancrure sciatique, il trouva une éminence arrondie qui fut reconnue par plusieurs des assistants ; et lorsqu'on fléchissait la cuisse, on sentait cette éminence se mouvoir en même temps. Pour s'assurer si c'était

(1) Le texte porte *abduction* ; mais c'est probablement une erreur.

là, ou non, la tête de l'os, on essaya d'imprimer au fémur un mouvement de rotation ; mais le spasme musculaire, les cris et la résistance de l'enfant, empêchèrent de tirer de cette épreuve un résultat satisfaisant : la mensuration démontra que le membre lésé était raccourci d'un demi-pouce.

« Il y avait donc de fortes raisons de penser que la tête du fémur était luxée en arrière sur l'échancrure sciatique. Le malade fut placé debout, aussi bien qu'il put, sur le membre sain, et fixé et soutenu dans cette position. M. Adams, agissant par surprise, embrassa fortement de la main droite la cuisse luxée au-dessus du genou, le membre étant dans la demi-flexion ; et plaçant la paume de sa main gauche contre l'épine iliaque, pour faire la contre-extension, il porta la cuisse en avant avec toute la force dont il était capable. Après quelques moments, on entendit un bruit très-prononcé, et l'on sentit un soubresaut subit qui semblait pour ainsi dire communiqué au corps tout entier de l'enfant. On trouva alors que le fémur s'était porté en avant et avait repris sa place dans la cavité cotyloïde ; toute difformité avait disparu. »

Pour éviter toute inflammation consécutive, l'enfant fut tenu au lit ; et le lendemain, de la douleur étant survenue, dix sangsues furent appliquées. Le 21 juin, l'enfant marchait sans douleur et sans gêne ; et on le renvoya comme guéri.

M. Adams a ajouté à cette observation quelques remarques qui ne manquent pas d'utilité. Le gonflement et la tension des parties, en vertu de la quantité des liquides épanchés, rendaient le diagnostic fort difficile. Il pouvait y avoir là une fracture, une contusion ou une luxation. L'absence de crépitation et l'impossibilité absolue de porter le membre en dehors rendaient fort improbable l'idée d'une fracture. Le raccourcissement du membre, et cette circonstance qu'il y avait des mouvements faciles et des mouvements impossibles, écartaient l'idée d'une simple contusion. Restait la luxation, qui elle-même devait paraître douteuse pour deux motifs : 1° la rareté des luxations à cet âge, rareté telle, que M. Adams a dit n'en connaître pas d'exemple ; 2° la direction naturelle du pied, qui, selon ce chirurgien, est toujours tourné en dedans dans les luxations en arrière. Il essaie même d'expliquer pourquoi cette rotation en dedans doit manquer chez les jeunes sujets ; il est fâcheux que son explication soit tout à fait inutile, attendu que ce qu'il a pris pour l'exception est la règle, aussi bien chez les adultes que dans le jeune âge. En effet, dans cette sorte de luxation, Hippocrate avait déjà nettement déclaré que : — « *La jambe et le pied, passa-*

blement droits, ne sont guères dévié ni dans un sens ni dans l'autre. » — Malheureusement les chirurgiens de notre temps, anglais ou autres, n'ont guère le temps de lire, bien moins encore de lire Hippocrate.

---

34. *Cas de division de la moelle épinière;* par M. Eli Hard.

(The New-York Journal of Medicine and the collateral Sciences.)

Le cas suivant est incontestablement l'un des documents les plus intéressaats que la chirurgie ait depuis longtemps fournis aux sciences physiologiques, du moins si l'on admet, avec l'auteur, que chez le malade dont il s'agit la moelle fut divisée dans toute son épaisseur et que cependant les deux moitiés séparées finirent par se réunir.

Obs. — Le 24 avril 1829, un homme, voulant sauter du haut d'un rayon, rencontra sous ses pieds un bâton, glissa sur le sol et tomba sur le dos et le côté gauche. S'efforçant alors de se dégager, il s'aperçut que ses membres inférieurs étaient engourdis et sans mouvement. On s'empressa de le relever; mais on reconnut qu'un ciseau qu'il avait dans sa poche au moment de la chute avait pénétré dans son dos où il était resté implanté. On essaya immédiatement de retirer l'instrument; mais on ne parvint qu'à en arracher le manche.

M. Hard, arrivant sur le lieu peu d'instants après l'accident, tenta de nouveau d'extraire le fer de l'outil en le saisissant avec des pinces de forgeron ; mais malgré ses efforts, au lieu d'amener le corps étranger, il ne fit qu'arracher le blessé d'entre les bras de ceux qui le retenaient. Enfin, à force de redoubler ses efforts, il parvint à retirer le ciseau qui était long de 5 pouces et large de près de 10 lignes. L'opération fut très-peu douloureuse pour le patient; au moment de l'extraction de l'instrument, il dit « qu'il voyait des éclairs lumineux dont l'apparition fut ensuite suivie d'une obscurité complète. »

La blessure était au niveau de la dernière vertèbre dorsale et à 8 lignes à gauche des apophyses épineuses. La direction de l'instrument était inclinée de bas en haut, à 20 ou 25 degrés, et de droite à gauche de 11 degrés; de telle façon qu'on pouvait présumer, d'après sa direction, qu'il avait divisé la moelle. Le blessé tomba immédiatement dans la paralysie complète de la peau au-dessous et à partir du siége de la plaie, des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Une réaction fébrile suivit au bout de quelques heures la prostration momentanée causée par une aussi grave blessure, et se prolongea pendant 10 à 12 jours. La plaie extérieure fut cicatrisée en peu de jours. Le

cathétérisme ne fut nécessaire que durant huit jours, l'excrétion spontanée de l'urine étant redevenue possible au bout de ce temps. Il fallut donner des lavements stimulants pour provoquer les selles, pendant 10 jours. La sensibilité revint à la peau le cinquième jour; et au quinzième, les membres inférieurs commençaient déjà à reprendre une partie de leurs mouvements abolis dans le principe.

Le malade fut perdu de vue par son médecin le vingt et unième jour de l'accident. Depuis lors, l'amélioration ne cessa de faire des progrès, mais tellement peu rapides toutefois, que, quatre ans et sept mois après, étant assis au coin de son feu, il se brûla profondément la peau du genou sans avoir éprouvé de douleur en aucune manière. L'ulcération s'étendit peu à peu en profondeur, mit à nu les surfaces articulaires, au point que la rotule dénudée se rompit un jour pendant un effort. Mais enfin, grâce à la persévérance du chirurgien, ces graves complications prirent une terminaison favorable.

Un dernier rapport, daté de l'année 1845, nous apprend que le malade est maintenant dans un état très-satisfaisant : il peut monter dans une voiture et en descendre, sauter à cheval sans aide et supporter toutes les allures que prend sa monture. Il n'a et n'a jamais eu aucune courbure de l'épine, et n'éprouve pas de douleur dans cette région. Le narrateur va même jusqu'à nous faire savoir qu'il s'est marié depuis deux ans et est devenu père d'un enfant, qu'il a été nommé constable et collecteur dans sa ville natale, et s'acquitte des devoirs de sa place à la satisfaction générale.

— Quelque vraisemblable que puisse paraître à nos lecteurs l'hypothèse soutenue par l'auteur, que, dans ce cas, la moelle avait été complétement divisée, il nous paraît très-probable qu'il y avait eu aussi un épanchement sanguin profond dans le trajet de la plaie ; que celui-ci avait été sans doute un agent de compression pour la moelle ; que par conséquent on pourrait admettre que la division de la moelle a été très-incomplète ; qu'elle n'a jamais été suivie de réunion des deux bouts, comme le pense l'auteur ; que, en un mot, les seuls symptômes dont la cessation ait pu justifier cette opinion ne tenaient pas en réalité à une solution de continuité de la moelle, mais seulement à la compression de cet organe causée par l'extravasion sanguine. Il va sans dire que, malgré tous les détails donnés avec une sorte d'affectation sur l'état actuel du malade, il ressort assez clairement du silence du texte sur les points les plus importants que le retour des fonctions dans les parties paralysées n'est rien moins que complet.

35. *Sur la section du tendon d'Achille ;* par le professeur **Stromeyer.**

(Wunderlich's Archiv f. physiol. Heilk.)

Nous croyons devoir faire connaître à nos lecteurs les opinions que professe M. Stromeyer sur une opération à l'adoption de laquelle il a si notablement contribué :

1° On doit pratiquer la section du tendon avec un petit couteau à lame très-mince, à pointe acérée, et légèrement recourbé ; on doit employer la méthode sous-cutanée, et couper de dedans en dehors, en ne faisant qu'une seule piqûre à la peau.

2° Il faut couper entièrement le tendon, sans quoi l'opération n'aurait pas de succès.

3° Quand d'autres muscles ou l'aponévrose plantaire sont rétractés en même temps que le tendon, il faut toujours en pratiquer la section avant celle de ce dernier.

4° Après l'opération, on appliquera sur la plaie des compresses au moyen d'un bandage en 8 de chiffre.

5° Chez les adultes, du quatrième au cinquième jour de l'opération, et, chez les enfants, du troisième au quatrième jour, on lèvera le premier appareil ; et si l'on trouve (comme cela arrive le plus souvent) la petite plaie guérie, on procédera à l'extension : on ne devra jamais y avoir recours lorsqu'on rencontrera de fortes ecchymoses, ou lorsque la plaie suppurera.

6° Avant de mettre le pied dans la machine à extension, on entourera tout le membre d'un bandage roulé, circulaire, et on placera des coussinets de coton dans tous les points qui doivent être soumis à une compression un peu forte.

7° On ne procédera à l'extension que graduellement et avec lenteur, en la diminuant toutes les fois que l'opéré manifestera de la douleur.

8° On lèvera l'appareil si le malade accuse une douleur forte et continue dans les points qui sont soumis à la pression, et cela dans le but d'éviter les excoriations, les inflammations érysipélateuses et la mortification successive des tissus.

9° Ensuite on abandonnera l'appareil, et le membre sera placé dans une enveloppe de laine.

10° Il faut savoir que tous les individus chez lesquels on a divisé le tendon d'Achille éprouvent une sensation de froid ou d'engourdissement qui tantôt se limite au talon, tantôt s'étend à tout le membre : cette sensation diminue de jour en jour, et disparaît ordinairement du sixième au huitième.

11° Le premier jour, ou le lendemain de l'opération, il se ma-

nifeste sur le pied opéré une sueur visqueuse d'une odeur désagréable, alors même que les individus ne sont pas sujets à la transpiration de ces extrémités.

12° En mettant le pied dans la machine à extension, on doit le placer dans une direction telle qu'il fasse plus qu'un angle droit avec la jambe, et lui faire garder cette position pendant huit jours; passé cette époque, on entourera le membre d'un bandage circulaire, et l'on ne permettra pas au malade de faire quelques tentatives pour marcher avant la quatrième semaine; sans cela, le membre se gonflerait, la cicatrice s'irriterait, peut-être même le nouveau tissu inodulaire se déchirerait.

13° Il n'est pas possible de préciser la durée de la cure : cette durée est subordonnée à l'état du malade, au degré de la difformité, à l'extensibilité des ligaments articulaires, etc.

---

36. *Rétroversion de la matrice, avec prolapsus de la vessie*; observation par le docteur J. Whitehead.

(London medical Gazette.)

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'utérus ont rattaché la rétroversion de cet organe à l'état de grossesse; ils admettent en outre qu'à une certaine époque de la gestation, par les efforts de la nature, et quelquefois par le secours de l'art, la matrice franchit le plus souvent l'orifice supérieur du bassin et entre dans la cavité abdominale où elle se développe librement; tandis que, dans d'autres circonstances, elle expulse prématurément le produit de la conception et que tout rentre dans l'ordre. On connaît cependant des exemples de rétroversion survenus hors de l'état de grossesse, lorsque la matrice a subi des dégénérescences plus ou moins profondes, et surtout lorsque des tumeurs se sont développées dans l'épaisseur de la paroi postérieure de cet organe; mais rien n'est plus rare que de voir cet accident se produire lorsque l'utérus est sain et vide. Il semble même assez difficile de concevoir, en comparant les dimensions de l'organe utérin avec les diamètres de la cavité pelvienne, que la rétroversion puisse donner lieu à des accidents d'une grande importance. Ces diverses considérations nous engagent à reproduire avec détails l'observation suivante, dans laquelle on voit ce changement dans l'axe de l'utérus produire des symptômes des plus graves et faire courir à la malade les plus grands dangers.

Le 26 mai 1844, le docteur Whitehead fut appelé auprès d'une dame qui était atteinte de suppression d'urines. C'était une femme mariée, âgée de 30 ans, et mère d'un seul enfant :

elle était fortement amaigrie ; l'abdomen était volumineux, tendu et extrêmement douloureux ; l'utérus était descendu, et une portion de cet organe faisait saillie hors de l'ouverture vaginale, sous forme d'une tumeur grosse comme la moitié d'un pessaire volumineux, œdémateuse, excoriée et immobile. Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, le cathétérisme, qui donna issue à une pinte d'urine environ, ne produisit aucun soulagement ; mais la malade se plaignait encore d'un autre symptôme plus douloureux : c'était un sentiment de cuisson horrible vers le siége ; elle n'en était affectée que depuis vingt-quatre heures, et cette sensation de cuisson était accompagnée d'efforts violents et répétés pour aller à la garde-robe. Bien que généralement constipée, la malade n'en allait pas moins à la garde-robe une fois par jour, par suite de l'usage habituel des purgatifs. L'auteur fit quelques efforts pour réduire la tumeur ; mais on ne pouvait toucher ces parties sans déterminer à l'instant même des douleurs extrêmement vives qui se propageaient dans la partie inférieure de l'abdomen et sur le trajet du rectum. Au-dessous de l'orifice de l'utérus qui occupait le tiers inférieur de la masse herniée, le doigt ne pouvait pénétrer qu'à une très-petite distance dans le vagin, arrêté qu'il était par un repli de la membrane muqueuse ; mais on sentait à ce niveau, et du côté de l'intestin, une tumeur dure, douloureuse et assez volumineuse, qui paraissait formée par des matières fécales accumulées dans le rectum. Le cathéter, en pénétrant dans la vessie, se dirigeait de gauche à droite, dans la direction de la symphyse sacro-iliaque droite. Les régions iliaque et hypogastrique étaient dures, bosselées et sensibles au toucher ; l'estomac était irritable ; la malade rejetait tout ce qu'elle prenait ; la langue était rouge, couverte d'un vernis sur ses bords, chargée d'un enduit blanchâtre à sa base. Le pouls battait 140 fois par minute ; la peau était chaude et sèche ; la soif insatiable. L'auteur apprit que depuis deux ou trois ans cette dame était affectée de descente de la matrice ; elle avait eu plusieurs fausses couches, mais actuellement elle n'était pas enceinte. Convaincu que tous ces accidents dépendaient d'une accumulation de matières fécales dans le gros et le petit intestin, compliquée d'inflammation de ces mêmes organes, il eut recours au traitement suivant : *huit sangsues sur l'hypogastre* ; *fomentations et cataplasmes sur le ventre* ; *calomel opium*, 2 *grains* ; *huile de ricin*, 1 *once*. Les sangsues produisirent beaucoup de soulagement ; mais il n'y eut pas d'évacuations alvines, malgré le ténesme horrible auquel la malade était en proie. Le rectum paraissait distendu par des matières fécales que le doigt sentait

sous forme d'une tumeur à la partie postérieure et sur le plancher du vagin. En examinant avec plus de soin la situation de la vessie, on reconnut qu'elle occupait la moitié droite de la cavité pelvienne, tandis que l'utérus était presque entièrement dirigé à gauche ; car le cathéter, introduit dans ce dernier organe, se dirigeait dans une étendue d'un pouce et demi à deux pouces dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche, et donnait lieu à une sensation extrêmement douloureuse, comme de brûlure. De nouveaux purgatifs amenèrent une selle liquide mêlée de quelques parcelles solides. Cependant, le 28, l'abdomen continuait à être tendu et douloureux ; le pouls était à 140. Elle dormit un peu dans la nuit, et le 29, elle eut une abondante évacuation liquide, mêlée de grumeaux solides et renfermant environ une douzaine de véritables scybales de la grosseur d'une voix ; l'abdomen était volumineux et sensible à la pression. Sous l'influence de nouveaux purgatifs, il y eut le lendemain quelques déjections liquides peu abondantes, mêlées de quelques grumeaux solides. Le 31, à la suite d'une nouvelle saignée locale, il y eut une véritable détente ; les douleurs abdominales avaient presque cessé, et la malade rendit une grande quantité de matières sèches et féculentes, mêlées de sang et de pus. L'utérus et la vessie conservaient leur position anormale, et il était impossible de les ramener à leur situation ordinaire ; l'abdomen supportait mieux la pression ; les lavements ne produisaient, au reste, aucun soulagement, et à peine avait-on introduit 2 onces de liquide, que la malade était forcée de les rendre au bout de quelques minutes. Le lendemain, nouvelle évacuation très-abondante composée de matières fécales sèches et dures, en quantité suffisante pour remplir un vase de nuit ordinaire. Comme la tumeur de la partie postérieure du vagin ne diminuait nullement, on chercha à s'assurer de sa nature en introduisant un doigt dans le rectum ; mais ce fut en vain : la malade ne put l'endurer. Les déjections liquides continuèrent pendant la journée du 2 juin et pendant la nuit suivante ; elle rendit en outre une quantité incroyable de matières sèches, dures et marronées ; le ténesme était moindre ; l'abdomen moins sensible, et la tumeur vaginale moins douloureuse à la pression, quoique encore irréductible. Le doigt fut introduit dans le rectum, et on reconnut que la partie inférieure de l'intestin était vide ; supérieurement, le doigt était arrêté par une tumeur dure, oblongue, placée en travers de l'intestin, et qui réduisait le diamètre du canal intestinal à une espèce de fente : au delà, l'intestin était rempli de matières dures. En cherchant à soulever cette tumeur,

qui était très-peu mobile, on communiquait l'impulsion à la vessie et à toute la masse herniée, et on déterminait des douleurs vers le sacrum, dans les cuisses et à l'hypogastre. Pensant que cette tumeur, qu'on avait regardée jusqu'ici comme une accumulation de matières fécales, devait être l'utérus, l'auteur introduisit un doigt de l'autre main dans la cavité vaginale, et put circonscrire ainsi la matrice. Le fond de cet organe correspondait au dessous du niveau de la symphyse sacro-iliaque, et les bords latéraux convergeaient en avant, de manière à placer le col vers la symphyse pubienne et à former un angle rectangle ouvert en avant. Une sonde de gomme élastique introduite dans la vessie se dirigeait d'avant en arrière et de bas en haut, dans l'étendue de près de 2 pouces, puis de haut en bas vers la cavité du sacrum, et ensuite d'arrière en avant jusqu'au niveau du fond de l'utérus, où on la sentait avec le doigt lorsqu'on pressait sur la tumeur, soit par le rectum, soit par l'intérieur du vagin, derrière la fourchette. Mesuré de cette manière, l'utérus pouvait avoir environ 4 pouces et demi, c'est-à-dire qu'il était fort allongé, et ce qu'on avait pris pour le museau de tanche faisant saillie à l'extérieur n'était autre chose qu'un repli de la muqueuse vaginale refoulé au-devant de la vessie. Cette erreur résultait des difficultés que la malade avait faites pour se soumettre à un examen approfondi, ainsi que de l'œdème et de l'excoriation des parties. Il serait inutile de fatiguer nos lecteurs par des détails plus étendus : il nous suffira de dire que depuis cette époque l'amélioration, quoique lente, marcha d'un pas graduel et non interrompu ; mais la malade ne put rendre spontanément ses urines avant le treizième ou le quatorzième jour, et les intestins ne furent complétement vidés des matières qu'ils contenaient qu'au bout de la quatrième semaine. Aujourd'hui, 10 août, la malade est complétement guérie ; elle vaque à ses occupations habituelles et se promène sans difficulté, pourvu que la vessie soit maintenue dans le bassin ; ce à quoi on a remédié au moyen d'une espèce de pessaire formé d'une petite vessie pourvue d'un tube et garnie d'une soupape pour empêcher la sortie de l'air. On enfle la vessie avec une seringue, après l'avoir préalablement introduite dans le vagin, et on maintient le tout au moyen d'un bandage en T.

Voici les renseignements que l'auteur put se procurer sur les antécédents. Cette dame était au quatrième mois de sa première grossesse, il y a quatre ans, lorsqu'elle fut prise tout à coup, en marchant dans la rue, de douleurs violentes dans le dos et dans la partie inférieure de l'abdomen, ainsi que de fréquentes envies d'uriner, mais sans résultat. Cet état se prolongea pendant plusieurs heures, et

il fallut appeler un chirurgien pour pratiquer le cathétérisme; il fallut encore répéter cette opération pendant cinq ou six jours ; après quoi la malade se rétablit : elle accoucha, au terme ordinaire, d'un bel enfant qui est encore vivant. Trois ou quatre mois après, elle s'aperçut d'une descente de matrice contre laquelle elle ne fit aucun traitement. Un an s'écoula ; elle était parvenue au deuxième mois de sa seconde grossesse, lorsque les même symptômes se produisirent. Cinq ou six jours après, il survint une hémorrhagie utérine, et elle mit au monde un fœtus de trois mois. Sept mois après, nouvelle fausse couche et tout à fait dans les mêmes circonstances. Troisième fausse couche neuf mois après. Dans tous ces cas, les accidents ne survenaient pas subitement ; l'invasion était graduelle : c'était d'abord un peu de gêne pour uriner, suivie de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, dans le dos et dans les cuisses. Ces symptômes augmentaient de jour en jour ; la difficulté d'uriner devenait extrême, puis elle était suivie d'une suppression complète d'urines. Au bout de six à dix jours de ces accidents, on voyait survenir une hémorrhagie et des douleurs expulsives qui amenaient la sortie de l'œuf. A la suite de ces fausses couches, la matrice conservait toujours une position anormale. Depuis sa dernière fausse couche, qui avait eu lieu au printemps de 1843, elle avait toujours été parfaitement réglée, sans aucune exception. A la fin de février 1844, nouveaux accidents avec suppression d'urines, que l'on attribua à une augmentation du prolapsus de la vessie, puis à une nouvelle grossesse ; ce fut alors que le docteur Whitehead fut appelé.

« Il est très-probable, ajoute l'auteur de cette observation, que ce que l'on avait pris pour une chute de matrice n'était autre chose qu'un prolapsus de la vessie, accompagné d'une descente de la matrice ; cependant on s'étonnera avec raison que les rapports qui existent normalement entre ces deux organes aient permis à la vessie de se déplacer ainsi toute seule, et il faut bien admettre que le tissu cellulaire intermédiaire à ces deux organes a été déchiré. » Relativement au mode de production de cette maladie, l'auteur pense qu'on peut se l'expliquer de la manière suivante : l'organe utérin, qui avait déjà éprouvé une rétroversion à plusieurs reprises, affectait une position anormale et pressait sur le rectum de manière à mettre obstacle à l'accomplissement de ses fonctions. De là évacuation imparfaite des matières fécales et rétention de ces matières, suivie d'un état d'irritabilité, puis d'inflammation du gros intestin. L'accumulation des fèces agissait directement sur l'utérus, déjà renversé, en l'abaissant davantage, en fixant le fond de cet organe contre le rectum et son col contre

l'urèthre ; par suite, suppression d'urine et distension de la vessie. Mais comme cette poche ne pouvait sortir de la cavité pelvienne à cause de la distension des gros intestins, il fallait ou qu'elle se rompît ou qu'elle se déplaçât inférieurement ; et ce fut ce qui arriva.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis de Médecine opératoire ; par M. J. Lisfranc, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie royale de médecine, professeur de chirurgie et de médecine opératoire, officier de la Légion d'honneur, etc. — Trois forts volumes in-8° de près de 900 pages chacun. Quatrième et cinquième livraisons. — On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine ; et chez tous les libraires des départements.

Ces deux livraisons traitent des moyens de réunion des plaies, des plaies en général, des différentes sortes de plaies, de l'extraction des corps étrangers, des amputations, etc. — Nous rendrons un compte détaillé de cet important ouvrage.

— Des changements dans le climat de la France ; histoire de ses révolutions météorologiques ; par le docteur Fuster. — Paris, Capelle, libraire-éditeur, rue des Grès-Sorbonne, 10. — 1845.

Cet ouvrage a pour but d'éclairer un point fort obscur de l'histoire du climat de la France : A-t-il changé et change-t-il ? Cette question, tant de fois agitée, est résolue affirmativement par les savantes recherches auxquelles M. Fuster s'est depuis longtemps livré sur cet important sujet. Contrairement à l'opinion de plusieurs météorologistes, qui n'admettent dans les climats que des modifications locales, passagères et accidentelles, M. Fuster établit, comme expression d'une loi générale, que les climats, et celui de la France en particulier, subissent à des époques variables des changements considérables auxquels la nature et l'homme concourent en commun.

— Traité d'Anatomie humaine, ou description méthodique de toutes les parties du corps humain, considérées dans leurs caractères généraux (anatomie générale) et dans les caractères particuliers à chacune d'elles (anatomie descriptive) ; avec Notes concernant la synonymie, l'étymologie, l'historique, les variétés et anomalies, l'anatomie comparative, la pathologie, les expériences, observations, hypothèses, opinions diverses, etc. ; par J.-B.-F. Froment, ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux civils, et membre de la Société anatomique de la même ville. — 2 vol. in-8°. — Prix, brochés : 14 fr.

— Médecine physiologique ; par L.-F. Bigeon, D. M. P., médecin des épidémies, inspecteur des eaux minérales de Dinan, etc. — In-8°. Prix : 3 fr. 50 c. — Paris, à la librairie médicale de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Cet ouvrage, sur lequel nous reviendrons avec détail, renferme des observations judicieuses sur l'emploi intempestif de la saignée, sur l'abus des remèdes. C'est l'œuvre d'un vrai praticien. L'auteur y a joint une discussion intéressante et tout d'à-propos sur la question des médecins cantonnaux.

— Recueil des travaux de la Société médical de la Seudre, fondé au mois d'avril 1837, par la plupart des praticiens exerçant dans les arrondissements de Saintes et de Marennes. — N° 1 ; in-8°, 1845. — Rochefort, chez Proust Branday, imprimeur de la Société médicale.

Ce premier numéro renferme des travaux et des faits intéressants. Nous en rendrons compte dans notre prochaine revue des journaux des départements, parmi lesquels le Recueil des travaux de la Société médicale de la Seudre promet de prendre un rang honorable.

— Anthropologie, ou Études des organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme, comprenant l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique ; ouvrage destiné à répandre les connaissances médico-chirurgicales ; par Antonin Bossu, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin de l'infirmerie Marie-Thérèse, etc. — 2 vol. in-12, avec un Atlas de 20 planches ; 1846. — Paris, au comptoir des imprimeurs-unis, et dans toutes les librairies médicales.

Cet ouvrage, destiné aux gens du monde, peut néanmoins convenir aux médecins. Il nous a paru rédigé avec soin, méthode et clarté. On n'y a fait entrer que les notions positives de la science : descriptions sommaires des organes, leur mécanisme, leurs altérations, et les principaux moyens de guérir les maladies.

— Sur la contagion ; par le docteur Felix Jacquot, chirurgien de l'hôpital militaire de Lyon. — 1844. — Paris, chez J.-B. Baillière, 13 *bis*, rue de l'École-de-Médecine. Lyon, chez Savy jeune, 48, quai des Celestins.

L'auteur pense que les divergences qui existent depuis si longtemps dans la science sur la question de la contagion, tiennent à l'acceptation d'un principe faux, qu'il s'efforce de démontrer et auquel il propose de substituer une interprétation plus rationnelle des faits. L'erreur, suivant lui, vient de ce que l'on croit généralement qu'une maladie est par sa nature exclusivement contagieuse ou non contagieuse, et qu'on a scindé les maladies en deux classes, d'après un caractère purement éventuel.

A l'appui de ses idées, l'auteur présente un essai des degrés qu'il

croit devoir être admis dans la communicabilité des maladies.

— Traité complet des bains, considérés sous le rapport de l'hygiène et de la médecine, ou Nouveau guide des baigneurs, etc. ; par M. Corbel-Lagneau, docteur en médecine. — 1845. — Paris, chez Labé, libraire, 4, place de l'École-de-Médecine.

Dans un petit volume in-12 de 880 pages environ, l'auteur a réuni substantiellement tout ce qu'il peut être important et utile aux médecins de se rappeler au besoin, et aux personnes du monde d'apprendre sur tout ce qui concerne l'administration et les usages hygiénique et thérapeutique des bains de toute sorte : bains et douches simples, eaux minérales naturelles, eaux minérales artificielles, bains médicamenteux, bains et douches de vapeur, bains russes et orientaux, fumigations, etc. Les eaux minérales y occupent naturellement la plus grande place. En tête de chaque catégorie, on trouve une petite notice sur les propriétés physiques et la composition chimique de ces eaux, et des considérations médicales sur leurs indications, leur emploi et leur mode d'administration.

L'hydrothérapeutie n'a point été oubliée ; elle fait l'objet d'un chapitre à part.

— Le Magnétisme expliqué, ou Leçons analytiques sur la nature essentielle du Magnétisme, sur ses effets, son histoire, ses applications, les diverses manières de le pratiquer, etc. ; par M. Alph. Teste. — A Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Mystères du Sommeil et du Magnétisme ; explications des prodiges qu'offre cet état de la vie humaine, par M. A. Debay. — A Paris, chez Mocquet, 3, cour de Rohan.

Nous ne croyons pas devoir entrer dans l'analyse des deux ouvrages que nous annonçons, ouvrages très-différents par la forme et par le fond. Celui de M. Teste, c'est une justice que nous aimons à lui rendre, est pris à un point de vue sérieux et élevé. On y trouve des considérations importantes touchant l'influence des êtres organisés sur les objets environnants ; et le magnétisme n'est, pour lui, qu'une des formes de l'action réciproque des êtres les uns sur les autres. C'est encore un caractère propre aux plus récentes publications sur la matière que la gravité dont elles sont empreintes, et il est permis de croire que l'opposition faite aux prétentions des magnétiseurs n'y est pas tout à fait étrangère. Cette gravité était en effet le meilleur moyen de donner du crédit à des opinions trop souvent compromises dans les expériences publiques. Sous ce rapport, nous croyons que le livre de M. Teste sera fort utile aux idées qu'il s'est donné la mission de défendre.

L'in-12 de M. Debay a de moins hautes prétentions. On y trouve bien aussi une théorie sur un certain fluide électro-sympathique au moyen duquel le magnétisme devient la chose la plus naturelle et la

plus intelligible du monde ; mais, en général, M. Debay se borne au rôle de simple narrateur. Ce que son livre contient d'anecdotes plus ou moins authentiques est incroyable. A cause de cela même on le lira avec plaisir; mais il faut chercher ailleurs des éléments de conviction. L'ouvrage de M. Debay n'a pas trait uniquement au magnétisme et au somnambulisme, mais encore au sommeil, à la catalepsie, aux songes, à l'extase, aux hallucinations et à beaucoup d'autres phénomènes de même nature.

— Nouvel appareil électro-médical. — Le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton, pour l'application de l'électricité en médecine, a atteint, d'après la nouvelle modification qu'ils viennent de lui apporter, le plus haut degré de perfection qu'on puisse désirer. — Cet appareil, si commode comme manipulation, et maintenant si répandu, sera avant peu, nous aimons à le croire, entre les mains de tous ceux qui se trouvent à même d'appliquer cet agent thérapeutique dans tous les cas utiles qui se présentent si souvent.

L'usage fréquent qui a été fait de cet instrument, soit en ville, soit dans les hôpitaux, où il fonctionne tous les jours, et les heureux résultats obtenus dans les paralysies, névralgies, et généralement toutes les affections nerveuses, nous font un devoir de le recommander d'une manière particulière et spéciale à tous nos confrères praticiens qui se trouvent à même de combattre ces diverses affections, toujours très-dangereuses si elles ne sont promptement et vigoureusement combattues. Dans ces cas, l'électricité galvanique est employée presque toujours avec succès, et surtout avec l'appareil électro-médical, qui permet si facilement de donner peu ou beaucoup de tension électrique. Cet instrument, quoique d'un très-petit volume, produit cependant des effets vraiment incroyables, car les commotions sont si fortes à leur maximum que l'homme le plus robuste ne peut les supporter ; mais cet appareil est si ingénieusement combiné, qu'à l'aide d'un petit bouton servant à la graduation, on peut diminuer les secousses de manière à les rendre presque insensibles.

Quand nous avons dit que l'appareil électro-médical était appelé à rendre de grands services en médecine, nos prévisions n'étaient point exagérées ; et les puissantes preuves que nous pouvons donner aujourd'hui peuvent confirmer ce que nous avancions primitivement. Partout où nous avons eu l'occasion d'appliquer l'électricité, nous n'avons eu qu'à nous applaudir de l'avoir fait avec l'appareil électro-médical de MM. Breton frères.

— Rapport sur la transmission de la peste et de la fièvre jaune, présenté a la Société académique de Marseille, par une commission prise dans son sein. — Marseille, typographie Barlatiers-Teissat et Demouchy, rue Ganebière, 19. 1845,

— Observations médico-légales sur la strangulation, ou Recueil d'observations nouvelles de suspension incomplète ; par A. E. Duchesne, docteur en médecine, membre de la Société royale de médecine de Bordeaux, etc. 1845. Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17. (Extrait des Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale.)

L'auteur s'est proposé, dans cette brochure, d'éclairer un des points de l'histoire de l'asphyxie par strangulation, savoir : si l'asphyxie par strangulation peut avoir lieu *la suspension étant incomplète*. Après avoir rapporté les observations consignées dans le mémoire du docteur Marc, sur ce sujet, celles qui ont été publiées depuis, soit dans des ouvrages spéciaux, soit dans les recueils périodiques, et enfin celles qui lui sont propres, M, Duchesne termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le suicide par strangulation, la suspension étant incomplète, est un fait acquis et appuyé sur des observations nombreuses et authentiques ;

2° Le suicide par strangulation doit être admis, quelle que soit la position où l'on trouve le corps, et lors même qu'il reposerait exactement sur les deux pieds ;

3° Les sensations éprouvées par ceux qui se pendent sont telles, qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter l'exécution de leurs sinistres projets.

— De quantitate relativa et absoluta acidi carbonici ab homine sano et ægroto exhalati ; auct. Ad. Hannover, méd. lic., etc. — Hauniæ, 1845. 93 pag. in-8°.

Exposé succinct de l'état actuel de la science à ce sujet, et notamment des expériences de Prout, Scharling, Vierordt, Allen, Pepys, Nysten, Andral et Gavarret, etc., dont M. Hannover rapproche les résultats dans une suite de tableaux. Cette première partie est suivie d'une série d'expériences entreprises par l'auteur lui-même, dans le but de constater les quantités relatives et absolues d'acide carbonique exhalées dans différents états pathologiques. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les femmes chlorotiques exhalent une plus grande quantité d'acide carbonique que les femmes saines ;

2° Dans la phthisie, chez l'homme aussi bien que chez la femme, la quantité d'acide carbonique exhalé diminue considérablement ;

3° Dans la bronchite chronique, la quantité reste à peu près normale.

— Die Nervenkraft, im sinne der Wissenschaft, gegenurber dem Blutleben, etc. (Le fluide nerveux, tel qu'il est envisagé dans l'état actuel de la science, mis en regard de la vie du sang,, etc.), rudiment

d'une physiologie, d'une pathologie et d'une thérapeutique du système nerveux, plus en rapport avec les lois naturelles ; par le docteur C. J. Heidler, conseiller médical d'Autriche, premier médecin des eaux de Marienbad. — Baunschweig, 1845 ; 400 pages in-8°.

Le but que l'auteur se propose dans ce livre est de prouver que le *fluide nerveux n'est qu'une chimère*, que tous les phénomènes physiologiques et pathologiques dits nerveux, et expliqués jusqu'ici par l'existence d'un fluide nerveux, doivent être attribués à une propriété spéciale, essentielle du fluide nourricier, c'est-à-dire à ce qu'il appelle la *vie du sang*. Nous aurons soin, dans une analyse spéciale, d'exposer la doctrine de l'auteur et les faits sur lesquels il la fait reposer.

— Traité de Chimie minérale, végétale et animale ; par J.-J. Berzélius : seconde édition française, traduite avec l'assentiment de l'auteur, par MM. Esslinger et Hoéfer, sur la cinquième édition que publie Berzélius, à Dresde et Leipzig. — Teme 1er, in-8°. En vente les livraisons 2 et 3. — Conditions de la souscription : L'ouvrage complet formera 8 gros volumes in-8° qui se publieront par livraisons de 272 pag. (terme moyen), accompagnées de gravures sur bois, et quelquefois d'une planche. Prix de chaque livraison · 2 fr. 75 c.

Le premier volume comprend toute la chimie générale et la première partie de la chimie inorganique, jusques et y compris toutes les combinaisons des métalloïdes et de quelques corps composés que ces métalloïdes forment avec l'oxygène. Nous rendrons compte incessamment de cette nouvelle traduction du traité de l'illustre chimiste suédois.

— Histoire des métamorphoses humaines et des monstruosités ; stérilité, impuissance, procréation des sexes, calligénésie ; par M. A. Debay. In-12. — Paris, chez Moquet, cour de Roban, 3.

Considérations et anecdotes nombreuses, relatives aux monstruosités et à de prétendues métamorphoses de l'homme en divers animaux, à la stérilité, à l'impuissance, à l'aphrodisie, à l'érotomanie, aux vices héréditaires, etc. L'auteur, n'étant pas médecin, n'a pu tirer qu'un faible parti des données de la science.

— Mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie ; par le docteur Belhomme. In-8°. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Nous rendrons compte de ce travail, qui comprend trois leçons à l'Athénée royal, sur l'alliance nécessaire de la philosophie, de la physiologie et de la psychologie ; un examen du livre de M. Lélut, sur l'organologie de Gall ; de nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale, et des réflexions sur le traitement des aliénés.

— Voto medico Forense. Responsivo agli oppositori sul giudicio ema-

NATO DAI PERITI FISCALI INTORNO LA CAUSA DI MORTE D'ANGELLA CECCARELLI; par le docteur PHILIPPE MARINI. — Brochure de 36 pages.

RISPOSTA ALLA CONSULTAZIONE DEL DOTTOR LUIGI MALAGODI; par le même. — Brochure de 53 pages.

Une jeune fille de Loreto, Angela Ceccarelli, avait reçu un coup de couteau à la partie antérieure gauche du thorax. Une abondante hémorrhagie s'ensuivit. Le docteur Marini, chirurgien fiscal, déclara devant le tribunal que cette jeune fille était en danger de mort, *principalement parce qu'il n'était pas improbable qu'il y eût lésion du péricarde.* Entrée à l'hôpital, le chirurgien, dans son rapport au fisc, émit l'opinion que la blessure était *simplement pénétrante.* Au bout de quatorze jours; il la déclara guérie et la renvoya; mais elle mourut bientôt dans un état de langueur. L'avis de M. Marini fut surtout combattu par M. Malagodi, dans une *consultation imprimée*, et c'est à cette consultation que l'auteur répond dans la seconde brochure.

— REPLICA DEL PROFESSOR GIUSEPPE GAZZERI ALLA RISPOSTA DEL PROFESSOR LUIGI CALAMAI ALLE OSSERVAZIONI DEL PRIMO INTORNO ALLA MEMORIA DEL SECUNDO SULL'ANALISI DELLE ACQUE MINERALI. — Fizenze. — Brochure grand in-8° de 16 pages.

Cette réplique concerne une foule de questions de détail, peu susceptibles d'être résumées. Nous ne pouvons que renvoyer au travail original.

— HYGIÈNE DU CHANTEUR; INFLUENCE DU CHANT SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE; CAUSES PRINCIPALES DE L'AFFAIBLISSEMENT DE LA VOIX ET DU DÉVELOPPEMENT DE CERTAINES MALADIES CHEZ LES CHANTEURS; MOYENS DE PRÉVENIR CES MALADIES; par le docteur SEGOND. — In-12. — Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Nous analyserons prochainement cet ouvrage avec le soin qu'il mérite. Disons seulement, dès à présent, qu'indépendamment d'un exposé clair et substantiel de l'anatomie et de la physiologie des organes de la voix, on y trouve d'utiles remarques sur le rôle expressif des poumons, la vocalisation, les différents timbres de la voix, la respiration du chanteur, l'influence du chant sur la digestion, etc. L'ouvrage se termine par des réflexions sur l'enseignement du chant dans les colléges.

— CONSEILS AUX MÈRES DE FAMILLE; par le chevalier ADET DE ROSEVILLE. — Brochure in-8°. — Paris, chez Just Bouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Description rapide des principaux symptômes des maladies de l'enfant, telles que coliques, convulsions, coqueluche, croup, etc.; suivie d'un FORMULAIRE MATERNEL.

— DES INDICATIONS A SUIVRE DANS LE TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE; par F. LEURET, médecin en chef d'une section d'aliénés à l'hospice de

Bicêtre, chevalier de la Légion d'honneur, etc., brochure in-8°, 1846. — Librairie de veuve Lenormant, rue de Seine-Saint-Germain, 8.

—Traité pratique, dogmatique et critique de l'Hypochondrie; par le docteur Michéa. Ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine. — In-8°. Prix : 6 francs. — Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, à Paris.

—Die untruegliche Heilung des Stotter und Stammel-Uebels (De la guérison infaillible du bégayement et du bredouillément, nouvelle méthode de traitement confirmée par une expérience de seize années) ; par madame Henriette Hagemann.— Breslau, 1845.

Cette brochure, de 32 pages in-8°, s'adresse, à en juger par les prétentions de son titre, au public non médical. L'auteur considère le bégayement comme une *altération fonctionnelle* des organes vocaux primitivement bien conditionnés, altération due à l'exercice vicieux des muscles de la langue, d'où une atonie des muscles élévateurs. Elle dit avoir constamment observé chez les bègues une situation vicieuse de la langue, qui, au repos, serait abaissée en totalité et présenterait son sommet recourbé en bas. De cette manière, il resterait un assez grand intervalle entre la surface de cet organe et la voûte palatine. Par suite de cet abaissement, les muscles élévateurs perdraient leur tonicité et finiraient par devenir de plus en plus impropres à l'exécution des mouvements indispensables pour l'articulation des sons, et cela principalement alors que des émotions morales troublent encore l'action de ces muscles.

Le système de traitement, basé sur cette considération, consiste dans l'emploi de moyens propres à fortifier les muscles relâchés. L'auteur dit atteindre son but en recommandant à ses malades de tenir constamment la langue appliquée contre le palais, de manière que sa pointe se trouve en contact avec la racine des dents incisives, à lui donner, en un mot, la position qu'elle prend instinctivement lorsqu'elle avale sa salive.

Ce procédé n'est pas nouveau ; il appartient à mistress Leigh (de New-Yory), et a été publié en France, il y a plus de quatre ans, par M. Malebouche.

— Considérations sus l'épidémie de suette miliaire qui a régné a Poitiers ; par M.-F.-L. Gaillard, médecin des épidémies, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, etc.— Brochure in-8°.— Poitiers, librairie de Henri Oudin ; Paris, librairie de J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Mémoire excellent qui sera prochainement l'objet d'un compte-rendu détaillé. La citation suivante montre dans quel esprit l'auteur a observé et pratiqué : « Ne commettons point la faute trop com-

mune, dit-il, de généraliser, pour toutes les épidémies de suette, les indications qui ont été obtenues par l'expérience d'une seule. »

— Contagion de la morve des solipèdes a l'homme ; rapport sur un mémoire du docteur Escolar (considérations sur la question de savoir si la morve du cheval peut se communiquer à l'homme), fait et lu à la Société de médecine pratique de Montpellier, séance du 13 février 1845, par Charles Anglada, membre titulaire, sous-bibliothécaire à la Faculté, etc.— Brochure in-8° de 44 pages.

Le rapporteur, d'accord avec l'auteur du mémoire, reconnaît que les faits sont venus successivement confirmer les déductions rationnelles de M. Rayer et ajouter un nouveau prix à ses observations.

De la contagion considérée chez l'homme et chez les animaux ; par Charles Anglada, docteur en médecine.— In-8°.— Prix : 3 francs. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Ce travail est extrait d'un ouvrage étendu que l'auteur se propose de publier sous ce titre : Traité ee la contagion, pour servir a l'histoire des affections contagieuses et des épidémies. Nous en rendrons compte.

— An essay of the philosophy of medical science ; par le docteur Elisha Bartlett.— In-8°. — Philadelphie, 1844.

La philosophie médicale est traitée dans ce livre à un point de vue large et élevé. La première partie est consacrée à la philosophie des sciences physiques en général, et la seconde à la philosophie de la science médicale.

Cet ouvrage sera prochainement, de notre part, l'objet d'un examen approfondi.

— Rapport sur l'ouvrage de MM. Monfalcon et de Polinière, intitulé : Hygiène de la ville de Lyon, ou Opinions et rapports du conseil de salubrité, fait a la Société médicale d'émulation de Lyon ; par M. Julia de Cazères, médecin adjoint de l'hôpital militaire de Lyon, etc. — Lyon, Savy jeune, libraire, place Louis-le-Grand, 14.— 1845.

— Discours prononcé a la distribution des prix de l'École royale vétérinaire d'Alfort ; par M. Bouley, professeur de clinique et de chirurgie.

Ce discours renferme, sur l'anatomie et la physiologie comparées, sur l'éducation et le perfectionnement des animaux, et sur l'hippiatrique, des considérations théoriques et pratiques que les médecins ne liront pas sans intérêt.

— La direction de l'École de médecine d'Arras a M. le ministre de l'instruction publique.— Brochure in-8°.

Dans cette nouvelle lettre, M. le docteur Leviez, directeur de l'École préparatoire de médecine d'Arras, insiste de nouveau, et avec beau-

coup de force, sur les inconvénients de la la suppression des officiers de santé.

— Lettres sur la syphilis, ou Vues nouvelles sur la nature et le traitement de la maladie vénérienne ; par le docteur F.-S. Ratier, médecin du collége municipal de Rollin, etc. — Paris, Baillière, 1845. — Brochure in-8° de 68 pages.

— Règne épidémique de 1842, 1843, 1844 et 1845 ; par E. Colas de Sourdun, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du bureau de bienfaisance de Montrouge. — Paris, Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4. — 1845.

Histoire de la constitution médicale dominante depuis plusieurs années, fondée sur la description des caractères communs insolites qu'ont présentés les maladies observées à Paris et dans ses environs depuis 1842. Il sera fait prochainement une analyse détaillée de cet ouvrage, qui est une heureuse application des bonnes doctrines sur les constitutions médicales.

— Relation historique d'une épidémie de diphthéropathie observée dans le département de Saône-et-Loire et de la Nièvre, pendant les années 1841, 1842, 1843 et 1844 ; par D.-Z. Daviot, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin cantonnal de Saint-Léger-sous-Bouvray.— Autun, imprimerie de Fr. Dejussieu.— 1845.

L'auteur décrit sous ce titre une épidémie dans laquelle l'inflammation diphthéritique s'est montrée sous toutes les formes, mais principalement sous la forme d'angine. Comme il pourra y avoir quelque intérêt à rapprocher les caractères les plus saillants de cette épidémie des caractères de la constitution épidémique de 1842 à 1843, décrite par M. Colas, nous rendrons compte de ces deux ouvrages en même temps.

— De l'oeuf et de son développement dans l'espèce humaine ; par Amédée Courty, docteur en médecine, licencié ès-sciences, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Montpellier, etc. — Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine.— 1845.

Description et histoire anatomique de l'œuf humain et de ses diverses évolutions, soit avant, soit après la fécondation, suivies de considérations générales sur la physiologie et la pathologie de l'œuf. Avec planches et texte explicatif.

Nous rendrons compte de cet intéressant travail, qui a obtenu la médaille d'or des thèses à Montpellier.

— Médecine physiologique ; par M. Bigeon, docteur-médecin. — 1 vol. in-8° de 248 pages. — Paris, 1845, chez Juste Rouvrier, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 8.

— Mélanges de chirurgie ; par M. Pétreqmin, chirurgien en chef de

l'Hôtel-Dieu de Lyon. — 1 vol. in-8° de 302 pages. — Paris, 1845, chez Baillière, libraire.

— Mémoire sur les calculs des fosses nasales ; par M. Demarquay, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, interne des hôpitaux. — Paris, 1845, chez Rignoux, imprimeur, rue Monsieur-le-Prince, 29 bis.

— Du suicide considéré comme maladie ; par M. le docteur C.-E. Bourdin. — Brochure in-8° de 95 pages. — Paris, 1845, chez Fortin, Masson et compagnie, Place de l'École-de-Médecine, 1.

— De la nevrite ; par M. le docteur Charles Dubreuile, de Bordeaux. — Brochure in-8° de 119 pages avec une planche. — Montpellier, chez Grollier, libraire.

— Traité des métastases ; par M. le docteur Bellini. — Brochure en italien. — 1845.

— De la variole et de la vaccine ; par M. le docteur A. Cugino. — Brochure en italien, de 71 pages. — Padoue, 1845.

MÉLANGES.

37. *Feuilles de sabine et seigle ergoté contre les blennorrhagies anciennes ;* par le docteur Dupuis, de Mayence.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, janvier 1846.)

Les feuilles de sabine sont principalement efficaces dans les blennorrhagies atones avec un sentiment de froid dans les parties génitales, flaccidité du scrotum, absence d'érections, écoulement indolent, copieux, de matière jaune-blanchâtre, d'une odeur spécifique, le plus souvent suite d'une blennorrhagie violente qui a exigé un traitement antiphlogistique très-énergique. L'auteur donne ce remède en poudre, dans du vin rouge, à la dose de dix grains au commencement, jusqu'à un gros toutes les trois heures ; de plus, il fait baigner trois ou quatre fois par jour les parties génitales dans de l'eau froide, applique des fomentations à la glace, et met les malades à un régime fortifiant. La guérison a lieu au bout de huit à dix jours, même lorsque l'écoulement date de plusieurs mois. Elle s'annonce ordinairement par des érections indolentes. Pour traitement consécutif, il fait boire tous les matins, pendant six à huit jours, une demi-bouteille d'eau de Wildung.

Le seigle ergoté est principalement indiqué dans les blennorrhagies chroniques lorsqu'il y a éréthisme, érections doulou-

reuses, dysurie, lorsque l'écoulement est ténu, peu copieux, souvent interrompu, lorsque les parties génitales sont un peu plus chaudes que d'habitude, le scrotum contracté, et lorsqu'il y a des pollutions nocturnes, un peu de fièvre le soir. Dans ces cas, le seigle ergoté est le sédatif par excellence, et peut être donné à la dose croissante d'un scrupule à un gros toutes les trois à quatre heures. Après chaque dose, le malade prend une tasse de lait et applique sur les parties génitales des sachets aromatiques camphrés ; régime adoucissant et boissons délayantes. Six à dix jours de traitement suffisent le plus souvent.

---

38. *Coloration des gencives sous l'influence de l'intoxication par le plomb. — Valeur et signification de ce symptôme.*

(Gazette médicale de Paris, N° 1, 1846.)

On sait que plusieurs médecins ont appelé l'attention sur la coloration particulière que présentent les gencives des ouvriers cérusiers atteints de colique saturnine. M. Henry Burton, dans une note reproduite dans le *Journal de Chimie médicale*, a signalé de nouveau ce symptôme comme constant chez toutes les personnes qui ont absorbé du plomb, et il a cherché à en donner l'explication.

Ce phénomène, dit le médecin anglais, diffère totalement de celui qui indique la présence du mercure dans l'économie, ou de celui qui s'observe dans le scorbut, et jamais on ne le voit dans d'autres circonstances que dans celle où le malade a été soumis pendant longtemps à l'action de l'oxyde de plomb. En cherchant à vérifier la valeur de ce signe, M. Burton a pu le produire à volonté sur 52 malades, par l'usage interne de l'acétate de plomb. Jamais aucun d'eux n'avait été atteint ni de coliques ni de paralysie saturnine ; aussi le cercle bleuâtre des gencives est pour lui une preuve infaillible de la présence du plomb dans l'économie. Dans les cas où les signes des maladies saturnines laissent quelque ambiguïté dans leur diagnostic, l'examen de la bouche lèvera toute incertitude. Dans 6 des 52 cas cités, le cercle bleuâtre a précédé les autres symptômes de l'absorption du plomb, et dès lors l'acétate de plomb a été supprimé. Dans 2 de ces 6 cas, des coliques ont suivi l'apparition du premier symptôme ; dans les quatre autres, rien de semblable n'a été observé. M. Burton, en examinant la bouche de beaucoup d'ouvriers des manufactures de plomb, a trouvé sur quelques-uns d'entre eux le cercle noirâtre des gencives, sans autres symptômes de

maladie saturnine, tandis que jamais il n'a rencontré une de ces dernières sur des malades qui n'offraient point le cercle bleuâtre : il en conclut que celui-ci précède toujours les autres symptômes.

---

39. *Moyen nouveau et très-simple de développer une abondante transpiration.*

(Bulletin général de Thérapeutique, décembre 1845.)

Faire suer est une indication qui se présente très-fréquemment. On fait avorter ainsi plusieurs affections qui ont pour point de départ un refroidissement, et qui souvent seraient graves. Ce principe très-médical est aussi très-populaire; et un grand nombre de personnes n'attendent pas, on le sait, les avis de l'homme de l'art pour l'appliquer : « Si je puis me faire suer, disent-elles, je n'aurai pas besoin de médecin. »

Les moyens usités pour développer la diaphorèse sont les boissons chaudes, abondantes, l'augmentation des couvertures, les douches et bains de vapeur. Ces derniers moyens sont les seuls, chez certains sujets, qui puissent amener la transpiration. On a beau les gorger d'infusions chaudes, les écraser de couvertures, la peau ne s'ouvre chez eux que par l'action que l'on porte sur la peau elle-même. Il est d'autres personnes dont l'estomac ne peut point supporter les boissons abondantes, et dont la tête se congestionne aussitôt qu'on veut appeler la sueur par d'autres moyens que par une chaleur humide, douce et prolongée, telle que celle que produit un bain de vapeur bien gradué. Mais s'il est possible, à Paris, d'avoir sous sa main à volonté, chez soi, les appareils nécessaires pour donner un bain de vapeur, il n'en est pas ainsi même dans plusieurs grandes villes de France, et surtout dans les campagnes.

Voici donc un moyen excellent et fort simple d'agir sur la peau dans le sens du bain de vapeur, et de déterminer une transpiration extrêmement abondante. Ce moyen nous est communiqué par un confrère distingué, M. le docteur Serre, d'Alais, qui l'a employé avec un résultat complétement avantageux, dans une foule de circonstances.

Il s'agit d'avoir un morceau de pierre à chaux, de moitié plus grosse que le poing. On l'enveloppe dans un morceau de toile mouillée qu'on a tordue un peu afin que l'eau ne puisse couler. Par-dessus ce linge mouillé on place un autre linge sec en plusieurs doubles, et l'on attache en tous les sens ce paquet, afin qu'il ne se défasse pas. C'est là l'appareil calorificateur. On place

dans le lit auprès du malade deux de ces boules : une de chaque côté au voisinage du tronc. Le linge sec extérieur permet ce voisinage. Bientôt il se développe une abondante chaleur humide par la combinaison de la pierre à chaux avec l'eau. Cette chaleur se répand dans le lit et détermine une transpiration abondante. L'effet de cet appareil se continue pendant deux heures au moins. Quand la sueur est développée, on peut faire retirer les paquets de chaux ; celle-ci est réduite dans l'intérieur en poussière et se sépare du linge qui la renfermait. Ce moyen a toujours réussi à M. Serre pour développer la sueur sans l'aide d'aucune boisson, ni sans charger le malade de couvertures.

---

40. *De la valeur des symptômes nerveux sous le rapport thérapeutique ;* par le docteur FUSTER.

(Bulletin général de Thérapeutique, janvier 1846.)

On se fait autour de nous une idée aussi fausse que grossière de l'appareil des symptômes nerveux qui pullulent de tous côtés dans le cours et les progrès des maladies. A entendre le vulgaire des médecins et beaucoup de notabilités médicales ne se distinguant pas à cet égard du vulgaire, les symptômes nerveux n'expriment autre chose qu'une irritation palpable et matérielle de l'arbre encéphalo-rachidien, et plus spécialement des deux centres de cet arbre. Ainsi envisagés, lorsque des symptômes de ce genre interviennent dans le fort de nos affections, ces médecins se hâtent de leur opposer, ici les antiphlogistiques directs, tantôt les réfrigérants, tels que l'emploi de la glace ou de l'eau froide, d'autres fois les révulsifs plus ou moins puissants, toujours un ensemble de moyens adressés exclusivement à la prétendue cause locale fixée, à ce qu'ils s'imaginent, ou sur les membranes du cerveau et de la moelle, ou sur la pulpe même de l'encéphale et du rachis. Ces principes, fruits surannés de la médecine localisatrice, sont réprouvés par les saines doctrines qu'il serait temps enfin de substituer aux vues systématiques des sectes médicales de ce siècle, et contraires aux vrais dogmes de la thérapeutique enseignés et pratiqués de temps immémorial par les grands médecins de tous les âges. Quelques mots d'explication, avant d'aborder l'examen des symptômes dont il s'agit, feront toucher au doigt les vices des principes reçus et les conséquences désastreuses où ils engagent la médecine. La théorie actuelle de l'origine des symptômes nerveux a pour point de départ la localisation exclusive des phénomènes sensitifs et moteurs dans la

matière pulpeuse qui remplit le crâne et le canal de l'épine ; en sorte que tout ce qui se rapporte chez nous aux précieuses facultés du sentiment et du mouvement est réputé un acte fonctionnel du cerveau et de la moelle. C'est en vain que des faits innombrables leur montrent la sensibilité et la motilité réparties à tous les organes, à tous les tissus, qui subordonnent eux-mêmes tous les phénomènes de la santé et de la maladie à la sensibilité et à la motilité ; qu'ils sont forcés d'attribuer ces facultés à des organes et à des appareils manifestement dépourvus de nerfs ; que dans la longue série de l'échelle animale ils les rencontrent à chaque pas chez des espèces formées d'une substance homogène totalement différente de la substance nerveuse ; que la classe entière des végétaux sent et se meut malgré l'absence absolue de nerfs : toutes ces difficultés et mille autres encore ne peuvent ébranler leur foi opiniâtre dans l'opinion que les centres nerveux recèlent seuls et en eux-mêmes les sources de la sensibilité et de la motilité. Voyez aussi quelles contradictions règnent dans les opinions touchant les diverses fonctions attribuées au système nerveux. Encore si ces opinions et ces contradictions se passaient seulement entre les théories des névrologistes ; mais malheureusement elles atteignent la pratique médicale et importent dans les maladies les plus graves une thérapeutique dangereuse que les ressources de la nature ne neutralisent pas toujours.

Les grands praticiens jugent plus largement et de plus haut les symptômes nerveux des maladies. Pour eux, les phénomènes sensitifs et moteurs sont inhérents à l'exercice même de la vie ; ils sont un attribut primitif, une faculté primordiale de notre condition organique : le système des nerfs n'a pas le privilége de l'engendrer ; répandue partout, elle imprègne toute notre substance ; seulement ce système a reçu, dans les êtres les plus élevés de l'échelle, l'avantage de la concentrer, d'en être le meilleur dépositaire. Aussi ne s'en prennent-ils pas à lui de ses troubles, de ses perversions nombreuses ; ils les imputent avec bien plus de fondement aux désordres, aux aberrations du principe même de la vie. Ces préliminaires établis, on comprendra mieux la nature des symptômes nerveux dont nous allons analyser en peu de mots les caractères essentiels.

Distinguons sous ce rapport important deux grandes catégories d'affections, quelles que soient leurs formes relatives à leur siége et à la diversité des circonstances. Il y a, tous les médecins le savent, un ordre entier de maladies sans gravité aucune, qui coïncident avec un large déploiement des forces, parcourent régulièrement leurs phases d'évolution, de progrès, de décrois-

sement, de terminaison, et arrivent d'elles-mêmes dans le moins de temps possible à une solution heureuse et complète. Cette classe renferme la nombreuse tribu des maladies bénignes. A côté de ces affections, appelées jadis maladies d'un bon naturel, on en voit d'autres, les praticiens l'ignorent encore moins, chez lesquelles se révèle dès les premiers moments une tendance vers une terminaison funeste. Dans celles-ci, les débuts, presque toujours embarrassés et longs, s'accompagnent ordinairement d'une sensation de débilité, de mal-être et d'anxiété, expression de l'atteinte grave faite à la vie; leur marche équivoque hésite, en quelque sorte, longtemps entre les signes d'un retour à la santé et les signes d'une aggravation plus ou moins inquiétante, jusqu'à ce que, penchant décidément du mauvais côté, elles apparaissent enfin avec l'escorte des symptômes les plus compromettants, les plus terribles; leur terminaison, constamment périlleuse, s'effectue trop fréquemment d'après la tendance fatale des premiers jours, ou, si elle se fait à l'avantage des malades, elle est entrecoupée d'accidents qui en éternisent la durée et les menacent à tout instant de rechute: cette seconde classe, appelée aujourd'hui *fièvres graves*, portait jadis le nom d'affections de mauvais caractère. Dans les affections bénignes ou d'un bon naturel, les symptômes nerveux se montrent peu, ou ne se montrent point du tout; au lieu qu'ils remplissent au contraire toutes les phases des affections graves ou d'un mauvais caractère. Ce n'est pas tout: indépendamment des affections caractérisées à bon droit essentiellement de bénignes ou de malignes, l'observation clinique en offre d'un autre genre, qui, indifférentes, pour ainsi dire, par elles-mêmes à telle ou telle constitution, en reçoivent une bonne ou une mauvaise suivant les méthodes de traitement. Cette troisième sorte de maladies est la plus commune; nous ajoutons que c'est celle où un œil attentif apprécie le mieux la grande distance qui sépare les bons et les mauvais praticiens. Rien de plus facile à traiter et à guérir, par exemple, qu'une fièvre bilieuse. Elle cède, en général, sans difficulté à l'usage des vomitifs et des purgatifs précédés, au besoin, par l'ingestion des boissons acidules et délayantes. Mais qu'un empirique comme il y en a tant, interprétant les signes de cette fièvre dans le sens d'une inflammation des voies gastriques, entreprenne son traitement à grand renfort de saignées répétées et d'applications de sangsues, l'apyrexie mal attaquée change de condition et dégénère en fièvre adynamique ou ataxo-adynamique. Si le praticien malhabile s'obstine dans ses égarements, et qu'au lieu de juger le délire, l'altération des traits, l'abattement des forces et les

tremblements des membres, ce qu'ils sont en effet, c'est-à-dire les signes de la lésion profonde de la vie, il les estime, comme on le faisait naguère, une preuve de la propagation de l'inflammation de l'appareil gastrique à l'appareil cérébro-spinal, et qu'il poursuive sans relâche son fantôme avec des sangsues et des débilitants, il faut s'attendre à l'exaltation des symptômes nerveux et à un dénoûment fatal, à moins, ce qui est arrivé et ce qui arrive très-souvent, qu'une réaction inattendue ne relève un malade désespéré en dépit de la maladie et d'une méthode meurtrière.

D'autres cas bien plus rares aujourd'hui, et qui se voyaient jadis assez communément, seraient ceux d'une inflammation franche attaquée inopportunément par les toniques et les stimulants à outrance : ces cas-là aboutiraient par une route inverse aux mêmes résultats que les cas précédents; c'est-à-dire que les vices de la méthode employée feraient dégénérer une inflammation pure et simple en y surajoutant l'ensemble des symptômes nerveux, degrés certains d'un acheminement vers un dénoûment mortel. Il serait fort aisé de multiplier les exemples de l'accession de ces symptômes formidables dans des maladies qui n'auraient rien offert de semblable si elles avaient été soumises à un plan thérapeutique conforme à une médecine rationnelle. Mais ceux-ci nous suffisent pour nous permettre d'attacher à ces symptômes leur signification véritable. N'oublions pas pourtant de mentionner une dernière source très-importante aussi des symptômes dont nous parlons.

Les lésions organiques, quand elles ne se terminent pas subitement, conduisent dans leurs progrès à l'explosion de ces sortes de symptômes qui annoncent infailliblement l'approche de l'issue funeste. Ils n'apparaissent en effet qu'au degré le plus avancé de ces maladies, précédant de peu de jours et quelquefois de peu d'heures le moment suprême. Leur apparition marque également le terme de toutes les affections chroniques, quels que soient leur nature et leur siége. Ils annoncent ici bien plus sûrement que dans les maladies aiguës l'imminence de la terminaison fatale.

Les symptômes nerveux, on le voit, surviennent dans toutes les affections où la vie est en péril, et sont l'expression même du danger de ces affections. Ils témoignent du bouleversement des forces de l'économie et de son impuissance probable à lutter avec avantage contre le mal présent. Sans doute les organes, et en particulier le centre encéphalo-rachidien, s'affectent sous le coup de ces désordres, de ces anéantissements graduels; mais ces lésions matérielles ne sont pas la cause première des symptômes en question. La preuve, c'est qu'ils éclatent avec toutes les affec-

tions graves, quels qu'en soient les siéges, qu'ils ne sont pas nécessairement proportionnés à l'étendue de la désorganisation de ces centres, et que dans plusieurs rencontres ils se produisent au grand complet, quoique à l'ouverture des cadavres le cerveau, la moelle et leurs enveloppes se présentent parfaitement intacts.

Ces points convenus, la thérapeutique a autre chose à faire que de s'occuper de ces lésions imaginaires à l'apparition des symptômes nerveux. Ce qui importe surtout en pareille occurrence, c'est de remettre l'organisme en voie de résister aux progrès d'une affection menaçante, en combattant de tout son pouvoir les causes réelles de cette affection. Or, ici l'esprit de système échoue devant le besoin de se bien pénétrer de la nature de l'affection à combattre, et ce besoin ne peut être satisfait qu'en se rendant maître de ces principaux éléments. Revenons, pour mieux saisir les devoirs des praticiens dans des conjonctures aussi critiques, aux exemples que nous avons cités précédemment.

Les affections de mauvais caractère tiennent trop souvent à des états morbides au-dessus de toutes les ressources. Cependant les médecins habiles en triomphent quelquefois, grâce à leur sagacité et à leur expérience. Ici, le point capital est de ménager, de soutenir les forces générales, tout en travaillant à prévenir ou à résoudre par les moyens appropriés les altérations locales concomitantes. La pire chose dans ces affections, c'est d'insister sur les émissions sanguines ; et on se trouve beaucoup mieux, en général, de l'emploi des toniques. Le quinquina surtout y a toujours réussi, manié par des mains prudentes, soit pour le placer à propos, soit pour en ménager la dose. On l'associe souvent à d'autres agents, tels que le camphre, le nitre, le musc et l'acétate d'ammoniaque. Laissez les systématiques se récrier contre l'action de ces médicaments, et croyez-en plutôt l'expérience de tous les bons médecins qui ne reculent jamais devant leur administration dès qu'ils en ont saisi l'indication. Au surplus, il y a dans les affections de cette classe une distinction capitale : leurs symptômes menaçants révèlent en général deux formes principales. Chez les uns, le danger le plus imminent vient de l'épuisement, de la prostration : ces cas comprennent les affections dites adynamiques. Contre cette espèce, associez à propos le quinquina et les stimulants ; soutenez, excitez les forces tout en éloignant les points de concentration : c'est la seule méthode thérapeutique plausible. Chez d'autres, l'adynamie est moins frappante que le désordre, le tumulte dans les phénomènes

de l'innervation : ceux-ci réclament moins immédiatement la méthode tonique et excitante ; ce qu'ils exigent avant tout, ce sont les antispasmodiques, le camphre, le musc, les potions éthérées, l'opium. Remarquez néanmoins que peu d'affections malignes se présentent exclusivement sous la forme adynamique ou sous la forme ataxique. La plupart offrent, au contraire, à différents degrés et dans divers moments, la combinaison variable de l'adynamie et de l'ataxie : aussi les praticiens associent-ils généralement dans ces affections les toniques et les antispasmodiques. Telle est la méthode, tels sont les agents dont on tire le meilleur parti dans les affections de mauvais caractère.

On se règle par d'autres principes dans les affections dégénérées d'un état pathologique peu grave primitivement. Dans celles-ci, tous les efforts tendent à les ramener dans les voies d'où elles se sont écartées faute d'un traitement convenable. Les affections ainsi dégénérées n'abandonnent guère qu'aux derniers moments leurs caractères primordiaux et essentiels. Les affections bilieuse, catarrhale ou inflammatoire, restent jusqu'au bout ce qu'elles étaient au commencement. Seulement leurs symptômes s'aggravent, se compliquent, et il s'y joint les signes nerveux, indice de leur dégénération. La pratique enseigne à cet égard à subordonner la considération des caractères surajoutés à celle de la nature de l'affection primitive; à adresser conséquemment à leurs symptômes nerveux la même méthode réclamée pour cette affection. C'est ainsi qu'on en vient à bout dans les affections inflammatoires, en poursuivant résolument l'inflammation générale ou locale, comme on en vient à bout dans les affections bilieuses et catarrhales en combattant sans relâche les éléments de ces affections. Les groupes de leurs symptômes nerveux ne sont qu'accessoires : on les efface aisément lorsqu'on maîtrise à temps l'affection principale.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 161e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME Ier. — JANVIER 1846.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

De la mortalité des ouvriers mineurs (*Suite*); par *G. Hanot.* 1

Hôpital militaire d'Anvers. — Rapport sur le service du deuxième semestre de 1845 ; par le docteur *Gouzée.* 26

Remarques sur l'angine membraneuse et sur quelques remèdes qu'on lui oppose, tels que les évacuations sanguines, le calomel, l'émétique, le sulfate de cuivre, etc., et en particulier sur le sel de saturne; par le docteur *Goelis.* (Traduit de l'allemand, par le docteur *Biver.*) 37

Mémoire sur la chlorose ; par le docteur *E. Sélade.* 50

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jabrhuecher der K. K. OEsterreichischen Staates. (Analyse par le docteur *Biver.*) 64

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 30 *novembre* 1845.

Renouvellement des présidents et des secrétaires des sections. 79

Rapports et discussions.

Rapport de la Commission nommée, sur la demande de M. Lambour, pour l'examen d'un lit mécanique en fer, à l'usage des malades et des infirmes. 80

Suite de la discussion du rapport de la Commission concernant la proposition de M. Seutin, relative au traitement employé pour la guérison des fractures à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles. 81

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de novembre 1845. 120

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE. — 1. Sur l'érysipèle de la tête. 1

2. Sur la fièvre typhoïde. 5

3. Sur un préjugé relatif au traitement des affections cutanées; par M. *Devergie*. 7
4. Du rhumatisme articulaire ; par M. *Rostan*. 12
5. Des coliques hémorrhoïdales ; par *Ch. Lassègue*. 18
23. Sur le diagnostic de l'empyème, et sur l'empyème pulsatile de nécessité ; par le docteur *Robert L. Mac Donnel*. 210
24. De la mélanose pulmonaire chez les mineurs; par le docteur *Brockmann*. 216
40. De la valeur des symptômes nerveux sous le rapport thérapeutique; par le docteur *Fuster*. 271

THÉRAPEUT. — 6. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques ; par M. *Payan*. 27
7. Sur l'action de la poudre de lycopode, tant en potions qu'en lavements, contre les diarrhées des enfants ; par le docteur *Behrend*. 41
37. Feuilles de sabine et seigle ergoté contre les blennorrhagies anciennes ; par le docteur *Dupuis*. 268

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCH. — 8. Notes statistiques et observations sur le terme naturel de l'accouchement ; par M. *Le Ray*. 42
26. Opération césarienne vaginale. Oblitération complète de l'orifice de l'utérus ; hystérotomie vaginale ; terminaison heureuse de l'accouchement ; par le docteur *D. Thomas de Corral y Ona*. 224
30. Observation d'accouchement artificiel prématuré pratiqué avec succès ; par le docteur *Seulen*. 242
27. Sur l'administration de l'ergot de seigle et sur ses effets chez la femme en travail et chez le fœtus; par le docteur *Samuel L. Hardy*. 228

MAL. DES FEM. — 9. Sur l'amputation du col utérin. 59
25. Guérison d'une hydropisie de l'ovaire par la compression, les mercuriaux et les diurétiques; observation par le docteur *Isaac B. Brown*. 223
28. Des excoriations du mamelon chez les femmes primipares. Nouvelle méthode prophylactique ; par M. *Fioravante Rossi*. 231
29. Cas de rétroversion singulière de l'utérus; par le docteur *De Billi*. 238
36. Rétroversion de la matrice, avec prolapsus de la vessie ; observation par le docteur *J. Whitehead*. 253

— DES ENF. — 10. Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants ; par le docteur *Rilliet*. 63

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

CHIRURGIE. — 34. Cas de division de la moelle épinière; par M. *Eli Hard*. 250
13. Sur une nécrose particulière des maxillaires, développée dans les fabriques d'allumettes chimiques; par M. *Strohl*. 85
11. De l'application de la méthode anaplastique au trai-

tement du cancer. — Mémoire présenté à l'Académie des sciences par M. professeur *Sédillot*. 73
12. Cassure de l'instrument dans la vessie, dans un cas de lithotritie; observation due à M. le docteur *Taroni*. 81
31. Résection de l'extrémité supérieure du fémur dans un cas de coxalgie; par *W. Fergusson*. 244
32. Sur un cas de luxation de l'avant-bras produite par une cause peu commune; par le docteur *Weber*. 245
33. Luxation du fémur en arrière sur l'échancrure sciatique, chez un enfant de 8 ans. 248
35. Sur la section du tendon d'Achille; par le professeur *Stromeyer*. 252
OPHTHALMOL. — 14. Études pratiques sur la cataracte; par M. le docteur *Desmarres*. 92
15. Mémoire sur les divers états pathologiques connus généralement sous le nom de taches de la cornée; par le docteur *Magne*. 103

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MAL. MENT. — 16. Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie; par *F. Leuret*. 112
17. Des hallucinations; par le docteur *Macario*. 125

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

18. Mémoire sur l'évolution de la syphilis; par M. *Cullerier*. 138

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉD. LÉGALE. — 19. Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées; par le docteur *Ambroise Tardieu*. 142

XII. GÉNÉRALITÉS.

20. Cliniques chirurgicales. — 1° Contractures syphilitiques. 160. — 2° Résections des extrémités articulaires. 163. — 3° Résections dans les cas de fractures compliquées. 165. 4° Hygroma prérotulien. Méthode sous-cutanée. 167. — 5° Oblitération spontanée du vagin, etc. 169. — 6° Nouveau procédé pour la ligature de la langue. 171.
21. Septième session du congrès des savants italiens, tenue à Naples en 1845. 172. — Des rapports de la matière colorante du sang avec la matière colorante jaune de la bile; par M. *Polli*. 175. — Sur le meilleur mode de préparation des graines de ricin; par M. *Parola*. — Sur la pellagre; par M. *Car. Ampelio Calderini*. 176. — Du nitrate de potasse contre le scorbut de terre; par M. *Novellis*. — De la centaurine; par M. *Gennaro Galani*. — Liquide lithontriptique; par M. *Sementini*. — De la chorée électrique; par M. *Dubini*. 178. — Sur l'auscultation; par M. *Lanza*. 179.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 5, 19 et 26 janvier.) — De l'existence de la cellulose dans une classe d'animaux sans vertèbres. — Vésiculation du lait. 180. — Circulation du sang. — Analogie du magnétisme et de l'électricité. 181. — Effets des eaux sulfureuses thermales dans la phthisie pulmonaire. 182. — Nouveau moyen de distinguer les taches arsenicales et les taches antimoniales. 185.

ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 6, 13, 20 et 27 janvier). — Injections iodées. 185. — Strongles géants des voies urinaires. 206.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Lisfranc. Fuster. Froment. Bigeon. Bossu. Jacquot. Corbel-Lagneau. Teste. Debay. Breton. Duchesne. Hannover. Heilder. Esslinger et Hoefer. Debay. Belhomme. Marini. Segond. Adet de Roseville. Leuret. Michéa. Mme Hagemann. Gaillard. Anglada. Bartlett. De Cazères. Bouley. Natier. De Sourdun. Daviot. Courty. Bigeon. Pétrequin. Demarquay. Bourdin. Dubreuile. Bellini. Cugino. 258-268

MÉLANGES.

22. Nouvelle méthode d'analyse du sang, principalement à l'usage des cliniciens; par M. *Polli*. 208

38. Coloration des gencives sous l'influence de l'intoxication par le plomb. — Valeur et signification de ce symptôme. 269

39. Moyen nouveau et très-simple de développer une abondante transpiration. 270

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 161e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME Ier. — JANVIER 1846.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE (octobre 1845).

Tardieu (Ambroise). Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées. 241

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (novembre 1845).

Macario. Des hallucinations. 125

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE DE ROGNETTA (janvier 1846).

Sur l'érysipèle de la tête. 1
Sur la fièvre typhoïde. 5
Sur l'amputation du col utérin. 59

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (février 1845).

Cullerier. Mémoire sur l'évolution de la syphilis. 138

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (décembre 1845 ; janvier 1846).

Devergie. Sur un préjugé relatif au traitement des affections cutanées. 7
Moyen nouveau et très-simple de développer une abondante transpiration. 270
Fuster. De la valeur des symptômes nerveux sous le rapport thérapeutique. 271

CLINIQUE DE MONTPELLIER.

Thomas de Corral y Ona (D.). Opération césarienne vaginale. Oblitération complète de l'orifice de l'utérus ; hystérotomie vaginale ; terminaison heureuse de l'accouchement. 224

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 4 ; 1846).

Rostan. Du rhumatisme articulaire. 12

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 49, 1845 ; 1, 2, 3 ; 1846).

Rilliet. Nouvelles recherches sur la méningite tuberculeuse chez les enfants. 63

Magne. Mémoire sur les divers états pathologiques connus généralement sous le nom de taches de la cornée. 103
Leuret (F.). Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie. 112
Cliniques chirurgicales. 160
Septième session du congrès des savants italiens, tenue à Naples en 1845. 172
Coloration des gencives sous l'influence de l'intoxication par le le plomb. — Valeur et signification de ce symptôme. 269

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (Nos 9, 11; 1845).

Sédillot. De l'application de la méthode anaplastique au traitement du cancer. 73
Strohl. Sur une nécrose particulière des maxillaires, développée dans les fabriques d'allumettes chimiques. 85

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (novembre 1845).

Desmarres. Etudes pratiques sur la cataracte. 92

JOURNAL DE MÉDECINE DE TOULOUSE (décembre 1845).

Taroni. Cassure de l'instrument dans la vessie, dans un cas de lithotritie. 81

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (décembre 1845 et janvier 1846).

Lassègue (Ch.). Des coliques hémorrhoïdales. 18
Behrend. Sur l'action de la poudre de lycopode, tant en potions qu'en lavements, contre les diarrhées des enfants. 41
Dupuis. Feuilles de sabine et seigle ergoté contre les blennorrhagies anciennes. 168

JOURNAL DE MÉDECINE DE NANTES (102e livraison).

Le Ray. Notes statistiques et observations sur le terme naturel de l'accouchement. 42

REVUE MÉDICALE (octobre 1845).

Payan. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. 27

JOURNAUX ALLEMANDS.

ALLGEMEINE REPERTORIUM DIE GESAM. HEILKUNDE.

Brockmann. De la mélanose pulmonaire chez les mineurs. 216

ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Weber. Sur un cas de luxation de l'avant-bras produite par une cause peu commune. 245

NEUE ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE.

Seulen. Observation d'accouchement artificiel prématuré pratiqué avec succès. 242

WUNDERLICH'S ARCHIV F. PHYS. HEILKUNDE.

Stromeyer. Sur la section du tendon d'Achille. 252

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Mac Donnel (Robert L.). Sur le diagnostic de l'empyème, et sur l'empyème pulsatile de nécessité. 210
Hardy (Samuel L.). Sur l'administration de l'ergot de seigle et sur ses effets chez la femme en travail et chez le fœtus. 228

THE DUBLIN HOSP. GAZ.

Luxation du fémur en arrière sur l'échancrure sciatique, chez un enfant de 8 ans. 248

THE LANCET.

Brown (Isaac B.). Guérison d'une hydropisie de l'ovaire par la compression, les mercuriaux et les diurétiques. 223

LONDON MED. GAZETTE.

Fergusson (W.). Résection de l'extrémité supérieure du fémur dans un cas de coxalgie. 244
Whitehead (J.). Rétroversion de la matrice, avec prolapsus de la vessie. 253

THE NEW-YORK JOURNAL OF MED. AND THE COLLAT. SCIENCES.

Eli Hard. Cas de division de la moelle épinière. 250

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Polli. Nouvelle méthode d'analyse du sang, principalement à l'usage des cliniciens. 208
Fioravante Rossi. Des excoriations du mamelon chez les femmes primipares. Nouvelle méthode prophylactique. 231

IL FILIATRE SEBEZIO.

De Billi. Cas de rétroversion singulière de l'utérus. 238